

DOLCEVITA

La protezione
comoda

UBI  **Assicurazioni**

NOTA INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

UBI Assicurazioni S.p.A., ai sensi e per gli effetti dell'art.185 del Decreto Legislativo n° 209 del 7 Settembre 2005 (Codice delle Assicurazioni Private) ed in conformità con quanto disposto dalla Circolare ISVAP n° 417/D del 28 Settembre 2000 e dal Regolamento ISVAP n° 24 del 19 Maggio 2008, provvede a comunicare al Contraente quanto segue:

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

UBI Assicurazioni S.p.A.:

- Impresa del Gruppo UBI Banca;
- è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13-2-1987 (G.U. del 16-3-1987 n. 62);
- ha sede in Italia, Piazzale Fratelli Zavattari, 12, 20149 Milano, Tel. 02499801, Fax 02.49980498, sito internet: www.ubiassicurazioni.it.

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

Legislazione

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana. È data facoltà alle parti di scegliere la legislazione applicabile, salvo in ogni caso le norme imperative del diritto italiano. UBI Assicurazioni S.p.A. propone comunque, per i propri prodotti, la legislazione italiana.

Reclami in merito al contratto

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Impresa UBI Assicurazioni S.p.A. – Servizio Antifrode e Reclami, P.le F.lli Zavattari 12, 20149 Milano – Fax 02 49980492 – e-mail: reclami@ubiassicurazioni.it.

Qualora l'esponente ritenga la risposta dell'Impresa non soddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà inviare all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, un nuovo reclamo che contenga:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato all'Impresa e dell'eventuale riscontro della stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

In mancanza di alcuna delle indicazioni previste ai punti a), b) e c) l'ISVAP, ai fini dell'avvio dell'istruttoria, entro il termine di novanta giorni dalla ricezione del reclamo chiede al reclamante, ove individuabile in base agli elementi di cui alla lettera a), l'integrazione dello stesso con gli elementi mancanti.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Nel caso in cui le Parti si siano accordate per una legislazione diversa da quella italiana, l'organo incaricato di esaminare gli eventuali reclami sarà quello eventualmente previsto dalla legislazione prescelta e l'ISVAP faciliterà le comunicazioni tra l'autorità competente e il Contraente.

Termini di prescrizione

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

Nell'assicurazione della Responsabilità Civile, il termine di un anno decorre dal giorno in cui il terzo abbia richiesto il risarcimento all'Assicurato o abbia promosso contro di lui un'azione giudiziaria.

INFORMAZIONI SPECIFICHE RELATIVE AL CONTRATTO

Durata del contratto

Il contratto, in assenza di disdetta inviata dalle Parti entro sessanta giorni prima della scadenza pattuita, si rinnova tacitamente. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà applicazione il periodo di tolleranza di quindici giorni previsto dall'art.1901, secondo comma C.C.

Periodi di carenza contrattuale

L'Impresa prevede periodi di carenza durante i quali la garanzia non opera.

Tali periodi terminano:

- dal momento in cui ha effetto il contratto per i danni conseguenti ad infortunio;
- dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto del contratto per i danni conseguenti a malattie, salvo quanto specificato in appresso;
- dal novantesimo giorno successivo a quello di effetto del contratto per la garanzia "invalidità" permanente da malattia;
- dal centottantesimo giorno successivo a quello di effetto del contratto per le conseguenze di stati patologici noti all'assicurato, dichiarati all'Impresa e da questa accettati;
- dal trecentesimo giorno successivo a quello di effetto del contratto per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio.

Le Condizioni di Assicurazione del prodotto regolano altresì il periodo di carenza relativamente ai casi di sostituzione, senza soluzione di continuità, di un contratto precedente riguardante gli stessi assicurati, ovvero di variazioni contrattuali.

Dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

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

SI RICHAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE SULLA NECESSITA' DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO CON PARTICOLARE RIGUARDO AGLI ARTICOLI CONCERNENTI I RISCHI ASSICURATI E QUELLI ESCLUSI, GLI EVENTUALI LIMITI DI INDENNIZZO, GLI OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO, IL RECESSO DELLE PARTI, NONCHE' L'EVENTUALE PERIODO DI CARENZA CONTRATTUALMENTE PREVISTO

SOMMARIO

Definizioni pag. 4

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Norme che regolano il contratto di assicurazione
in generale pag. 6

Norme che regolano il contratto di assicurazione
infortuni pag. 7

Norme che regolano l'assicurazione malattia pag. 11

Norme comuni per l'assicurazione malattia pag. 17

Norme che regolano i sinistri pag. 18

Elenco "Grandi Interventi Chirurgici" pag. 19

Tabella di legge per i casi di Invalidità
Permanente pag. 24
(allegato 1 del D.P.R. 30.6.1965 n. 1124 – Industria)

Tabella di valutazione delle menomazioni
dell'acutezza visiva pag. 27

DEFINIZIONI

Alle seguenti espressioni viene convenzionalmente attribuito il significato qui precisato:

RELATIVE ALL' ASSICURAZIONE IN GENERALE

ASSICURATO: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

ASSICURAZIONE: la garanzia prestata con il Contratto di Assicurazione;

BENEFICIARIO: il soggetto o i soggetti ai quali l'Impresa deve liquidare l'indennizzo in caso di morte dell'Assicurato;

CONTRAENTE: il soggetto che stipula il Contratto di Assicurazione;

IMPRESA: UBI Assicurazioni S.p.A.;

POLIZZA: il documento che prova l'esistenza del Contratto di Assicurazione;

PREMIO: l'importo dovuto dal Contraente all'Impresa;

RISCHIO: possibilità che si verifichi il sinistro;

SINISTRO: l'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

SPECIFICHE DELLA POLIZZA

CARTELLA CLINICA: documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante il ricovero, diurno o con il pernottamento, contenente le generalità per esteso del paziente, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici, esami e diario clinico.

CARENZA: l'intervallo di tempo che intercorre tra la data di decorrenza del contratto e la piena efficacia della garanzia.

CONVALESCENZA: periodo successivo al ricovero, stabilito e prescritto dal medico curante, per consentire il ritorno dell'Assicurato al suo stato di salute abituale.

FRANCHIGIA: somma prestabilita che l'Assicurato tiene a suo carico; percentuale di Invalidità Permanente per la quale non viene corrisposto alcun indennizzo.

GESSATURA: mezzo di contenzione costituito da fasce (tensoplast), docce o altri apparecchi immobilizzanti inamovibili. È considerata gessatura qualsiasi tecnica purché equivalente che interessi i seguenti distretti anatomici, ai quali non è applicabile alcun mezzo di contenzione:

- scheletro costale;
- tratto sacro-coccigeo;
- bacino.

GRANDE INTERVENTO: l'intervento chirurgico previsto dalla Tabella contenuta in polizza.

INDENNITÀ GIORNALIERA: la somma corrisposta dall'Impresa per ogni giorno di ricovero in Istituto di Cura.

INDENNIZZO: la somma corrisposta dall'Impresa in caso di sinistro.

INFORTUNIO: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva - entro due anni dall'evento - la morte, un'invalidità permanente o altro evento garantito in polizza. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

INVALIDITÀ PERMANENTE: la perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità all'esercizio di una qualsiasi professione o mestiere, indipendentemente dalla professione o mestiere svolto dall'Assicurato.

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

ISTITUTO DI CURA: l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura ed ogni altra struttura sanitaria di ricovero, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, dotati di attrezzature per il pernottamento di pazienti e per la terapia di stati patologici, mediante l'intervento di personale medico o paramedico abilitato. Non sono considerati convenzionalmente istituti di cura: stabilimenti termali, strutture per anziani, case di cura per lungodegenze o convalescenza, strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative.

MALATTIA: alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

MALATTIA PREGRESSA: malattia che è l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza, già nota all'Assicurato e/o all'Aderente in quanto già diagnosticata alla data di sottoscrizione della polizza stessa e/o già evidenziata mediante accertamenti clinici e/o strumentali e/o già trattata con terapie.

RICOVERO: degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento o almeno tre prestazioni consecutive in regime di Day Hospital.

SCOPERTO: percentuale di indennizzo che l'Assicurato tiene a suo carico per ciascun sinistro.

SOMMA ANNUA ASSICURATA: massimo esborso dell'Impresa per ogni anno assicurativo, qualunque sia il numero degli interventi chirurgici subiti da ciascun Assicurato.

CONDIZIONI CONTRATTUALI

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 2 - Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferma la scadenza indicata nella polizza stessa. Se l'Assicurato non paga le rate di premio successive alla prima, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto dell'Impresa al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 C.C. Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

Art. 3 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza, il contratto di durata non inferiore ad un anno è prorogato per un anno e così successivamente.

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 5 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 C.C.

Art. 6 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio l'Impresa è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 8 - Cessazione dell'Assicurazione

La sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcoolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), emofilia di tipo classico o stati emofiliaci di qualsiasi tipo, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, epilessia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, diabete che comporti dipendenza da insulina costituisce causa di cessazione dell'assicurazione.

Art. 9 - Validità territoriale

La presente assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 10 - Rinuncia al diritto di rivalsa

L'Impresa rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surroga di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili degli eventuali infortuni.

Art. 11 - Anticipo indennizzi

L'Impresa, su richiesta dell'Assicurato, anticiperà parte dell'indennizzo relativo alle garanzie prestate al verificarsi delle seguenti condizioni:

- a) per le garanzie Invalidità Permanente da infortunio (Art. 16) e Invalidità Permanente da Malattia (Art. 17) un importo pari al 50% della somma risarcibile sempreché:
- i postumi di invalidità permanente siano valutabili – ad esclusiva discrezione dell'Impresa – in misura non inferiore al 30% dell'Invalidità Permanente totale;
 - non esistano dubbi sulla risarcibilità del danno;
 - siano trascorsi almeno 90 giorni dalla data della denuncia;
- b) per la garanzia “Grandi Interventi Chirurgici” (Art. 19) l'importo richiesto dall'Istituto di cura a titolo di anticipo all'atto del ricovero, sempreché:
- non siano sorte contestazioni circa l'indennizzabilità del danno;
 - l'importo richiesto a titolo di anticipo sia superiore a € 5.000;
 - sia presentata la documentazione che attesti la richiesta di anticipo dell'Istituto e il suo ammontare e la presunta data di ricovero (che non potrà essere superiore a 30 giorni dalla data di richiesta dell'anticipo).

Gli importi anticipati verranno conguagliati in sede di liquidazione del sinistro oppure recuperati dall'Impresa nei casi di inefficacia della garanzia o di mancato ricovero entro i termini previsti.

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 12 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione è prestata per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

1. dell'attività professionale dichiarata in polizza;
2. di ogni altra attività svolta senza carattere di professionalità.

Sono compresi nell'Assicurazione:

- a. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza purché non alla guida di veicoli;
- b. gli infortuni conseguenti ad influenze termiche ed atmosferiche;
- c. l'asfissia non di origine morbosa;
- d. l'annegamento;
- e. la folgorazione;

- f. gli avvelenamenti, le intossicazioni e/o lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere;
- g. i morsi, le punture e le ustioni di animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni conseguenti ad infortuni indennizzabili;
- h. le lesioni determinate da sforzi;
- i. le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti diagnostici e cure mediche resi necessari da infortunio;
- l. gli infortuni subiti durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso;
- m. gli infortuni derivanti da:
 - 1) guerra od insurrezione popolare che l'Assicurato subisca fuori dalla Repubblica Italiana, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o della insurrezione, a condizione che tali eventi abbiano sorpreso l'Assicurato mentre già si trovava nello Stato nel quale sono insorti;
 - 2) tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, aggressioni ed atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva o volontaria;
 - 3) imperizia, imprudenza o negligenza dell'Assicurato, anche dovuti a colpa grave;
 - 4) uso e guida, in quanto in possesso dei requisiti di legge, di ciclomotori e motoveicoli, autovetture ad uso privato, autocarri di peso complessivo a pieno carico non superiore a 35 q.li, natanti ad uso privato e da diporto;
 - 5) uso, in qualità di passeggero, di aeromobili da chiunque eserciti tranne che da Impresa di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri nonché da Aeroclubs; sono compresi gli infortuni subiti in conseguenza di forzato dirottamento del velivolo o di atti di pirateria aerea;
 - 6) uso e guida di qualsiasi altro mezzo se compatibile con l'attività professionale descritta in polizza;
 - 7) attività sportive svolte a livello amatoriale o per diletto. Sono escluse in ogni caso le attività per le quali l'Assicurato riceva compensi pecuniari, quelle che comportano l'uso di veicoli a motore, la scalata di rocce e/o accesso a ghiacciai, gli sport aerei in genere, le attività sportive estreme e tutte quelle non di pratica comune;
 - 8) le ernie addominali traumatiche, con l'intesa che:
 - a. qualora l'ernia risulti operabile non verrà corrisposto alcun indennizzo;
 - b. qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
 - c. qualora insorga contestazione circa la natura o l'operabilità dell'ernia la decisione è rimessa al collegio medico di cui all'Art. 23.

Art. 13 - Esclusioni

La garanzia non comprende gli infortuni derivanti:

- a. da delitti compiuti o tentati dall'Assicurato;
- b. da infarti e le ernie, salvo quanto previsto dall'art. 12) lett. m;
- c. dall'uso e guida di mezzi di locomozione, anche aerea, non espressamente previsti dall'art. 12) lett. m;
- d. da guerre e/o insurrezioni, salvo quanto previsto dall'art. 12), lett. m;
- e. dalla partecipazione ad attività sportive che non siano quelle previste dall'art. 12), lett. m;
- f. da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, o dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- g. dall'uso di psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni.

Art. 14 - Cambiamento dell'attività professionale

Nell'ipotesi che, nel corso del contratto, si verifichi cambiamento delle attività professionali dichiarate, si applica quanto previsto dagli artt. 5 o 6 e pertanto:

- se il cambiamento implica aggravamento di rischio, l'Impresa ha facoltà di recedere dal contratto salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposita appendice;
- se invece il cambiamento implica diminuzione di rischio, l'Impresa provvederà a ridurre correlativamente il premio, a partire dalla scadenza di premio successiva, comunicando al Contraente le intervenute varianti e la misura del nuovo premio ridotto;
- se infine il cambiamento dell'attività o delle sue condizioni di esercizio non comporta né aggravamento né diminuzione di rischio, l'assicurazione prosegue senza alcuna variazione.

PRESTAZIONE A1

Art. 15 - Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, l'Impresa liquida la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente l'assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, l'Impresa corrisponde ai beneficiari la sola differenza tra l'indennizzo per morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

15.1 - Morte presunta

Qualora l'Assicurato sia scomparso e l'Autorità Giudiziaria, in applicazione dell'art. 60, n. 3 C.C., o dell'art. 211 del Codice della Navigazione, ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello Stato Civile, l'Impresa liquida agli aventi diritto la somma assicurata per il caso di morte, a condizione che:

- a. sia stata fatta denuncia del sinistro all'Impresa entro 180 giorni da quello in cui risale l'ultima notizia dell'Assicurato;
- b. siano stati interrotti dagli aventi diritto i termini di prescrizione previsti dal Codice Civile;
- c. possa ragionevolmente desumersi dalla sentenza dell'Autorità Giudiziaria che la morte è avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di polizza.

Se successivamente l'Assicurato ritorna o ne è provata l'esistenza in vita, l'Impresa ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari, sia dello stesso Assicurato, per il recupero di quanto pagato. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente residuata.

15.2 - Commorienza

Qualora un medesimo evento causi la morte dell'Assicurato e del coniuge, in presenza di figli minorenni la somma assicurata verrà raddoppiata, dividendola in parti uguali tra i suddetti figli. Sono equiparati ad essi i maggiorenni colpiti da certificata incapacità o invalidità permanente a produrre reddito, nonché i figli adottivi. Resta inteso che l'importo totale dell'indennizzo, qualunque sia il numero degli aventi diritto, non potrà superare la somma di complessive di € 250.000.

PRESTAZIONE B1

Art. 16 - Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva totale, l'Impresa corrisponde all'Assicurato la somma assicurata. Per i casi di invalidità permanente parziale l'indennizzo è calcolato sulla somma assicurata per l'invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità applicando le tabelle contenute nel T.U. per gli "Infortuni sul Lavoro e le Malattie Professionali" (allegato n. 1 al D.P.R. 30.6.1965, n. 1124) e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del contratto, con rinuncia da parte dell'Impresa all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui al presente articolo sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nei casi di 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. 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 alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

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

16.1 - Franchigia e supervalutazione per Invalidità Permanente

La liquidazione degli infortuni con postumi di Invalidità Permanente avviene con le seguenti modalità:

- a. nessun indennizzo verrà riconosciuto qualora l'Invalidità Permanente sia di grado pari o inferiore al 5% (cinqueper cento) dell'invalidità totale.

Qualora l'invalidità permanente risulti di grado:

- b. superiore al 5% ma inferiore al 26% dell'invalidità totale, l'indennizzo verrà liquidato previa deduzione di una franchigia di 5 punti percentuali;
- c. pari o superiore al 26% ma inferiore al 60% dell'invalidità totale, l'indennizzo verrà liquidato senza deduzione di alcuna franchigia;
- d. pari o superiore al 60%, l'Impresa liquiderà il 100% della somma assicurata per Invalidità Permanente.

16.2 - Danni estetici

In caso di infortunio, non escluso dalle Norme che regolano l'Assicurazione, con conseguenze di carattere estetico che tuttavia non comportino alcun indennizzo a titolo di invalidità permanente, l'Impresa rimborserà fino ad un massimo di € 3.000 le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica di cui alla tabella A) allegata al DPR 28.12.65 n. 1763.

16.3 - Diaria da ricovero

Qualora l'infortunio comporti il ricovero dell'assicurato in una struttura ospedaliera, sia pubblica che privata, l'Impresa corrisponderà all'Assicurato, per ciascun giorno di ricovero, un'indennità giornaliera pari a € 25 per un periodo massimo di 10 giorni.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE MALATTIA

PRESTAZIONE B2 - INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 17 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per il caso di Invalidità Permanente conseguente a malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto, secondo quanto previsto dalle condizioni che seguono, e comunque non oltre la data della sua cessazione. È considerata invalidità permanente la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

17.1 - Criteri di liquidazione

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata. Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti. Nel corso

dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla precedente condizione menomativa.

Si intendono per:

Malattie coesistenti: malattie o invalidità presenti nel soggetto, che non determinino alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

Malattie concorrenti: malattie o invalidità presenti nel soggetto che determinano un'influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da esse causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo funzionale.

17.2 - Liquidazione delle indennità

La percentuale di Invalidità Permanente viene accertata in un periodo compreso fra i 6 ed i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia secondo i parametri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel Testo Unico disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30, giugno 1965 n. 1124.

Nei casi di Invalidità Permanente non previsti dal suddetto Testo Unico la percentuale di invalidità è accertata tenuto conto della diminuita capacità generica lavorativa indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Nessuna indennità spetta quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado inferiore al 25% della totale.

Quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado pari o superiore al 25% della totale, l'Impresa liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo lo schema seguente:

Percentuale di Invalidità Permanente

Accertata	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	dal 35 al 55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	oltre 65
Liquidata	5	8	11	14	17	20	23	26	29	32	dal 35 al 55	59	63	67	71	75	79	83	87	91	95	100

17.3 - Non cumulabilità con polizze infortuni

L'assicurazione di Invalidità Permanente da Malattia non potrà in alcun caso cumularsi con le garanzie di Invalidità Permanente da Infortunio.

PRESTAZIONE C1 - INDENNITÀ GIORNALIERA (DIARIA) DA RICOVERO PER INFORTUNIO O MALATTIA

Art. 18 - Oggetto dell'assicurazione

L'Impresa, in caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di Cura reso neces-

sario da infortunio o malattia, corrisponderà all'Assicurato stesso, per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 100 giorni per anno assicurativo, l'indennità giornaliera assicurata.

18.1 - Aumento dell'indennità

L'impresa corrisponderà il DOPPIO dell'indennità giornaliera assicurata nei casi di:

- a) ricovero, in dipendenza di infortunio o di malattia, che comporti intervento chirurgico;
- b) permanenza in reparto di TERAPIA INTENSIVA, limitatamente al periodo di degenza dell'Assicurato in tale reparto.

18.2 - Indennità giornaliera da convalescenza

Qualora, all'atto della dimissione dall'Istituto di Cura venisse prescritto un periodo di convalescenza, l'Impresa corrisponde per la durata di tale periodo, ma col massimo di 30 giorni, un'indennità pari alla metà dell'indennità giornaliera assicurata, ciò sempreché la garanzia di base (art. 18) sia stata operante.

Nel caso di applicazione di gessature (art. 18.3) l'indennità complessivamente riconosciuta tra gessatura e convalescenza non potrà essere superiore a 30 giorni.

18.3 - Indennità giornaliera da gessatura

Se l'infortunio comporta l'applicazione di gessatura senza ricovero (così come definito ai sensi delle "Norme") l'Impresa corrisponderà il 50% dell'indennità pattuita per ciascun giorno di gessatura, ma col massimo di 25 giorni per gli arti inferiori e 15 giorni per gli arti superiori e per i restanti distretti anatomici.

18.4 - Parto

In caso di ricovero per parto fisiologico l'Impresa corrisponderà l'indennità pattuita col massimo di 7 (sette) giorni. Se l'evento ha comportato l'applicazione di suture o episiotomie l'indennità verrà corrisposta sino al massimo di 15 (quindici) giorni.

PRESTAZIONE D1 - RIMBORSO SPESE DI CURA A SEGUITO DI "GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO"

Art. 19 - Oggetto dell'assicurazione

L'Impresa, nei casi di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura per:

- malattia;
- infortunio, anche se dovuto a colpa grave dell'Assicurato,

che comportino un "grande intervento chirurgico" previsto nella tabella allegata, rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:

Operatività	Prestazione	Limiti nel tempo	Sottolimiti assicurati
Prima del ricovero	<ul style="list-style-type: none"> – esami ed accertamenti diagnostici effettuati anche al di fuori dell’Istituto di Cura; – trasporto con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario; 	effettuati nei 90 giorni precedenti l’intervento chirurgico	<ul style="list-style-type: none"> – € 3.000
Durante il ricovero	<ul style="list-style-type: none"> – onorari del chirurgo, dell’aiuto, dell’assistente, dell’anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all’intervento; – diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l’intervento); – assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami; – rette di degenza; – trasporto in ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario dell’assicurato ad altro luogo di cura; – vitto e pernottamento in Istituto di cura dell’accompagnatore; 		<ul style="list-style-type: none"> – – – – € 3.000 € 1.600 per ogni ricovero
Dopo il ricovero	<ul style="list-style-type: none"> – esami di laboratorio ed accertamenti diagnostici (compresi gli onorari dei medici) effettuati anche al di fuori dell’Istituto di Cura; – esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali; – trasporto con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario; – assistenza infermieristica a domicilio; – cure termali prescritte (escluse spese alberghiere); – trasporto della salma (in caso di decesso dell’Assicurato); 	<p>effettuati nei 90 giorni successivi all’intervento chirurgico</p> <p>60 giorni consecutivi dalla data di dimissione entro 120 giorni dalla data di dimissione</p>	<ul style="list-style-type: none"> – – € 3.000 € 60 al giorno € 2.000 per ogni ricovero € 3.000

Sono inoltre previsti, nei limiti della Somma Annu Assicurata:

19.1 - Trapianto di organi

L'Impresa, in caso di trapianto totale o parziale di organi reso necessario a seguito di malattia od infortunio, rimborserà sia le spese per prestazioni sanitarie sostenute dall'Assicurato ricevente, sia quelle relative al prelievo sul donatore.

Se questi è vivente, la garanzia comprende il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relative al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico (onorari del chirurgo, dell'equipe operatoria e materiale d'intervento), cure, medicinali e rette di degenza.

19.2 - Servizio Sanitario Nazionale

L'Impresa, qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale (in forma diretta o indiretta), rimborserà le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a suo carico. Qualora l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa, avrà diritto ad un'indennità per ogni giorno di ricovero pari all'1% della Somma Annu Assicurata, con il limite giornaliero di € 80 per la durata massima di 90 giorni per anno assicurativo.

19.3 - Neonati

L'assicurazione prevista a favore della madre è estesa automaticamente ai figli nati durante il periodo di validità della polizza, fino alla prima scadenza annuale del contratto, per un massimale identico a quello della madre stessa e semprechè abbia operato la garanzia della presente sezione. Nei confronti dei suddetti neonati non si applicano i termini di aspettativa previsti dall'art. 20.

19.4 - Pagamento diretto delle prestazioni - Centri Clinici Convenzionati
L'Assicurato/Contraente può scegliere indifferentemente di chiedere all'Impresa il rimborso delle spese da lui sostenute oppure di avvalersi della seguente convenzione che consente, nei limiti di seguito descritti, di usufruire delle prestazioni sanitarie assicurate senza sostenere anticipi o pagamenti.

DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

UBI Assicurazioni, in collaborazione con Europ Assistance hanno studiato e realizzato un nuovo servizio di accesso ad una Rete di Centri Clinici Convenzionati, in grado di fornire agli Assicurati prestazioni sanitarie di elevata qualità ed a costi vantaggiosi.

Per accedere al servizio è necessario che l'Assicurato contatti preventivamente la Struttura Organizzativa, in funzione durante il normale orario d'ufficio, sabato mattina compreso, chiamando dall'Italia 800.050.626 o dall'estero il numero 02.58.28.68.44 o inviando un fax al numero 02.58.47.72.01 comunicando: nome e cognome, numero di polizza e recapito telefonico.

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Il servizio comprende:

1. Accesso alla Rete di Centri Clinici Convenzionati e di Equipe Mediche Convenzionate

Per Rete di Centri Clinici Convenzionati si intendono le strutture sanitarie (Ospedali, Case di Cura e Centri Polispecialistici) ed i professionisti convenzionati con la Struttura Organizzativa, alla quale l'Assicurato potrà essere indirizzato dalla Struttura Organizzativa stessa, per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza.

In caso di ricovero tali prestazioni sono fornite senza che l'Assicurato debba provvedere ad anticipi o pagamenti, che verranno effettuati direttamente ai Centri Clinici ed alle Equipe Mediche convenzionate, nei limiti e con le modalità previste in polizza.

2. Prenotazione del Centro Clinico Convenzionato, nel caso di ricovero per l'intervento chirurgico

Qualora l'Assicurato necessiti di una prenotazione per il ricovero, è sufficiente che contatti la Struttura Organizzativa.

Valutate le specifiche esigenze cliniche dell'Assicurato ed in virtù dei canali preferenziali d'accesso, la Struttura Organizzativa prenota il ricovero in nome e per conto dell'Assicurato presso il Centro Clinico Convenzionato e con l'Equipe Medica Convenzionata, dandone all'Assicurato stesso conferma telefonica.

3. Pagamento diretto delle spese garantite dalla polizza per l'intervento chirurgico, purché eseguito in un Centro Clinico Convenzionato e con un'Equipe Medica Convenzionata

Qualora l'Assicurato, dopo avere preso contatto con la Struttura Organizzativa, decida di avvalersi del Centro Clinico e dell'Equipe Medica Convenzionata da questo proposta, a ricovero avvenuto e a prestazione sanitaria erogata, la Struttura Organizzativa paga direttamente le spese dovute per le prestazioni mediche ed ospedaliere purché indennizzabili a termini di polizza, ferma l'applicazione delle eventuali franchigie, che dovranno essere comunque versate dall'Assicurato al Centro o all'Equipe convenzionata, al momento della dimissione.

L'Assicurato dovrà invece provvedere al pagamento delle spese o delle eccedenze di spesa a Suo carico per prestazioni non indennizzabili a termini di polizza.

MODALITÀ DI DENUNCIA E DI INDENNIZZO DEL SINISTRO

A) Pagamento diretto delle spese garantite dalla polizza nel caso di ricovero per l'intervento chirurgico, purché eseguiti in un Centro Clinico Convenzionato e con un'Equipe Medica Convenzionata

Per i ricoveri effettuati presso i Centri Clinici Convenzionati, per i quali l'Assicurato può ricorrere al "pagamento diretto", la denuncia del sinistro si

identifica con l'attivazione, previa telefonata, della Struttura Organizzativa. La Struttura Organizzativa provvederà a liquidare direttamente i Centri Medici Convenzionati, in nome e per conto dell'Assicurato, restituendo a quest'ultimo la relativa documentazione contabile, debitamente quietanzata.

B) Introduzione alla rete dei Centri Clinici Convenzionati

L'elenco dei Centri Clinici Convenzionati rappresenta una guida di facile e rapida consultazione per l'accesso alla rete delle strutture sanitarie convenzionate con la Struttura Organizzativa

Tale rete convenzionata è suscettibile di modifiche nel corso dell'anno, potendo la Struttura Organizzativa stipulare nuovi accordi o recedere da convenzioni in essere nel periodo di validità del servizio reso in favore degli Assicurati.

La Struttura Organizzativa, in funzione durante il normale orario d'ufficio, sabato mattina compreso, provvede alla revisione costante della propria Banca Dati, potendo fornire all'Assicurato un servizio sempre aggiornato.

Tali premesse qualificano l'esigenza che la Struttura Organizzativa venga attivata in via preliminare da parte dell'Assicurato, chiamando dall'Italia il numero verde: **800.050.626** o dall'estero il numero **02.58.28.68.44** o inviando un fax al numero **02.58.47.72.01** comunicando: **nome e cognome, numero di polizza e recapito telefonico, per poter garantire la copertura diretta delle spese ed espletare le relative pratiche in favore dell'Assicurato stesso.**

NORME COMUNI PER L'ASSICURAZIONE MALATTIA

Art. 20 - Termini di aspettativa

L'assicurazione ha effetto, con riferimento al giorno di decorrenza della garanzia, dal:

- a) giorno stesso, per gli infortuni;
- b) 30° giorno successivo, per le malattie (non applicabile alla garanzia di cui all'Art. 17)
- c) 90° giorno successivo per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia (Art. 17);
- d) 180° giorno successivo, per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula della polizza, conosciuti dall'Assicurato, dichiarati all'Impresa e da questa espressamente accettati;
- e) 300° giorno successivo, per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio.

Nel caso in cui il presente contratto ne sostituisca un altro, anche di altra Impresa Assicuratrice, riguardante gli stessi assicurati e ferma la condizione che siano stati esauriti interamente i termini di aspettativa previsti dal contratto precedente, i suddetti termini decorrono, nell'ambito di ciascuna garanzia assicurativa, con il massimo di 60 giorni, solo per le maggiori somme rispetto quelle assicurate dal contratto precedente.

Art. 21 - Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- a) la cura delle nevrosi, delle malattie mentali e del sistema nervoso;
- b) l'aborto volontario, ad eccezione di quello necessario per motivi terapeutici;
- c) le conseguenze da abuso di alcolici, di psicofarmaci, o da uso non terapeutico di allucinogeni o stupefacenti;
- d) la cura delle malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto (malattie pregresse);
- e) l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni conosciute e preesistenti alla stipulazione del contratto;
- f) le prestazioni aventi finalità estetiche;
- g) le prestazioni odontoiatriche, le paradontopatie e le protesi dentarie;
- h) le malattie contratte professionalmente e così definite dal D.P.R. 30.6.65 n. 1124;
- i) le spese relative alla successiva manutenzione e riparazione di protesi applicate durante il "grande intervento chirurgico";
- j) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- k) le conseguenze di guerre ed insurrezioni. Se l'Assicurato fosse sorpreso dall'insorgere di detti eventi in Paesi sino ad allora in stato di pace, la garanzia varrà per un periodo massimo di 14 giorni dallo scoppio delle ostilità;
- l) gli infortuni derivanti da sport aerei in genere, da sport estremi, dalla partecipazione a corse e gare e relative prove comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, nonché da tutti gli sport svolti a livello professionistico (ovvero quelli per i quali l'Assicurato riceva un compenso pecuniario);
- m) ricoveri in case di soggiorno o convalescenziari.

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

Art. 22 - Denuncia del sinistro - Obblighi dell'Assicurato

L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare l'infortunio, il ricovero o la malattia entro dieci giorni dall'accadimento ovvero dal giorno in cui siano stati obiettivamente in grado di farlo direttamente alla filiale presso cui è stato sottoscritto il contratto o alla direzione dell'Impresa.

La denuncia deve essere corredata da certificato medico e deve contenere, a seconda dei casi, l'indicazione del luogo e dell'ora dell'evento, una circostanziata descrizione dei fatti, la presentazione in originale delle relative notule, fatture, distinte e ricevute debitamente quietanzate (che saranno restituite a semplice richiesta), gli ulteriori documenti medici comprovanti il decorso delle lesioni.

L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli disposti dall'Impresa, fornire alla stessa (anche tramite gli aventi diritto) ogni informa-

zione e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

Art. 23 - Controversie - Arbitrato irrituale

La soluzione di eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, è demandata per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione sul luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Art. 24 - Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa liquida le indennità che risultino dovute, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede entro i trenta giorni successivi al pagamento, al netto degli eventuali anticipi (Art. 12) o provvisori (Art. 23).

Le indennità vengono corrisposte in Italia ed in valuta legale e, per le spese sostenute in valuta diversa da quella legale, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa stessa.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Chirurgia del sistema nervoso periferico

- anastomosi vasi extra intracranici con innesto
- anastomosi endocranica dei nervi cranici
- asportazione dei processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidolari
- asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti)
- asportazione di tumori dell'orbita
- asportazione di tumori ossei dalla volta cranica
- cordotomia e mielotomia percutanea
- correzione e/o sostituzione delle

- malformazioni dei vasi del collo
- craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale, subdurale ed epidurale
- derivazioni liquorali intra o extracraniche
- emisferectomia
- endoarterectomia della carotide e della vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasverso
- intervento per craniostenosi
- intervento per encefalomeningocele
- intervento per traumi cranio cerebrali
- intervento sull'ipofisi per via transfenoidale
- interventi per traumi vertebro-midol-

- lari con stabilizzazione chirurgica
- interventi sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore e posteriore
- interventi sul plesso brachiale
- laminectomia esplorativa o decompressione
- plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali
- rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- trapanazione cranica per puntura o drenaggio ventricolare
- trapanazione per evacuazione di ematoma epidurale e subdurale
- trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi e fistole)
- trattamento lesioni intramidollari
- somatotomia vertebrale
- spondilolistesi

Faccia e bocca

- asportazione della parotide per tumori maligni (parotidectomia totale)
- interventi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento ganglionare
- operazioni demolitrici per tumori del massiccio frontale con svuotamento orbitario
- resezione del mascellare superiore
- resezione della mandibola

Collo

- asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- gozzo retrosternale con mediastinotomia
- interventi per diverticolo dell'esofago
- interventi sulle paratiroidi
- linfectomia cervicale bilaterale
- resezione dell'esofago cervicale
- tiroidectomia allargata per neoplasia maligna
- tiroidectomia totale

Addome (parete addominale)

- laparotomia esplorativa se per

occlusione con resezione e/o sutura viscerale

Peritoneo

- exeresi di tumori retroperitoneali

Esofago

- esofagoplastica
- interventi per patologie benigne e maligne dell'esofago toracico

Stomaco

- cardioplastica
- gastrectomia totale e allargata
- intervento per fistola gastro-digiunocolica
- intervento per megaesofago ed esofagite da reflusso
- resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- resezione gastrica
- sutura di perforazioni gastriche ed intestinali

Intestino

- colectomia parziale e totale
- enteroanastomosi
- resezione del tenue

Fegato e vie biliari

- derivazioni biodigestive
- drenaggio di ascesso epatico
- interventi chirurgici per ipertensione portale
- interventi per echinococchi
- interventi sulla papilla di Vater
- resezione epatica (emiepatectomia)

Retto-ano

- Interventi per neoplasie a retto-ano anche per via addominoperineale
- megacolon
- proctocolectomia totale

Pancreas e milza

- interventi per cisti, pseudocisti, fistole pancreatiche
- interventi per neoplasie pancreatiche
- interventi per pancreatite acuta e cronica
- splenectomia

Parete toracica

- interventi per tumori maligni della mammella
- trattamento di traumi parietali

Mediastino

- interventi per ascessi
- interventi per tumori

Polmone

- interventi per echinococchi
- interventi per ferite, ascessi, fistole
- interventi per tumori della trachea
- pneumectomia
- resezioni segmentarie e lobectomia
- trapianto di polmone

Cardiochirurgia

a. Interventi a cuore chiuso

- applicazione di pace - maker
- atriosettostomia per trasposizione dei grandi vasi
- commissuratomia per stenosi mitralica
- correzione di coartazione aortica: resezione aorto - plastica, protesi dracon, patch dracon, bay - pass dracon
- derivazioni aorto - polmonari tipo Blalcek - Waterstone - Potts
- fistole artero - venose del polmone
- pericardiectomia per pericarditi costrittive
- valvulotomia della polmonare secondo Brook

b. Interventi a cuore aperto per difetti singoli non complicati

- anuloplastica valvola singola
- by-pass aorto coronarico singolo
- correzione di difetto del setto inter-ventricolare
- correzione del difetto interatriale
- correzione di stenosi aortica sotto-valvolare a diaframma
- embolectomia della polmonare
- sostituzione di valvola singola: aortica, mitralica, tricuspide

c. Interventi a cuore aperto per difetti complessi e complicati

- aneurismi aorta addominale con obbligo di bay-pass circolatorio
- aneurismi aorta toracica

- asportazione di tumori intracardiaci
- by-pass aorto-coronarici multipli
- contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso
- correzione canale atrioventricolare completo
- correzione impianto anomalo coronarie
- correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
- correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
- correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
- correzione di:
 - ventricolo unico
 - ventricolo destro a doppia uscita
 - truncus arteriosus
 - coartazioni aortiche
 - stenosi aortiche infundibolari e sopravvalvolari
 - trilogia di Fallot
 - tetralogia di Fallot
 - atresia della tricuspide
 - pervietà interventricolare ipertesa, con "debanding", con insufficienza aortica
- finestra aorto-polmonare
- fistole arterovenose polmonari
- intervento in ipotermia per coartazione aortica
- interventi neonatali a cuore aperto con ipotermia profonda e arresto circolatorio
- resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
- riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
- sostituzioni valvolari multiple
- sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico

Chirurgia vascolare

- interventi per aneurismi delle arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache
- interventi per innesti di vasi
- interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca

- interventi per stenosi ed ostruzione della carotide extracranica, succlavia e arteria anonima
- operazioni sull'aorta toracica ed addominale

Chirurgia pediatrica

- atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare e abbassamento addomino perineale
- atresia dell'ano semplice con abbassamento addomino perineale
- atresia dell'esofago
- cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- cranio bifido con meningo encefalocele
- fistola dell'esofago
- fistola e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale idrocefalo ipersecretivo
- megauetere con resezione e sostituzione di ansa intestinale
- megacolon con operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- neurolisi del plesso brachiale per paralisi ostetrica
- occlusione intestinale
- polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- teratoma sacrococcigeo
- torace ad imbuto e/o carenato
- trattamento chirurgico dell'ipertensione portale

Ortopedia e traumatologia

- artrodesi per via anteriore e/o posteriore con o senza impianti
- artroprotesi di anca
- artroprotesi di ginocchio
- artroprotesi di gomito
- asportazione di tumori ossei
- corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- disarticolazione interscapolo-toracica
- discectomia per via anteriore per ernia cervicale
- discotomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi

- emiartroplastica
- emipelvectomy
- endoprotesi di Thompson
- interventi per costola cervicale
- laminectomia decompressiva per neoplasie
- osteosintesi diafisi femorale ed epifisi dorsale
- osteosintesi di omero
- osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"
- osteosintesi vertebrale
- protesi cefalica di spalla
- protesi di polso
- protesi totale di displasia d'anca
- protesi totale di spalla
- pulizia focolai osteici
- resezioni artrodiafisarie di ginocchio
- resezioni complete di spalla con salvataggio dell'arto
- resezioni del femore prossimale artrodiafisaria e sostituzione con protesi speciale
- resezioni del radio distale con trapianto articolare perone proradio
- resezione del sacro
- resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- scapulopessi
- trattamento delle dismetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni
- uncoforaminotomia
- vertebrotonia

Tendini, muscoli, aponevrosi

- plastiche riparatrici ricostruttive degli arti per lesioni alle superfici flessorie ed estensorie
- pollicizzazione del 2° o altro dito
- ricostruzioni tendinee polso e mano
- sindesmotomia
- tenorafie complesse

Rene

- nefrectomia allargata per tumore con embolectomia

- nefrotomia bivalve in ipotermia
- resezione renale con camplaggio vascolare
- surrenalectomia

Uretere

- ureteroileoanastomosi mono e bilaterale

Vescica

- cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
- cistoprostatovescicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi
- cistoprostatovescicolectomia con uretrosigmoidostomia
- emitrigonectomia
- plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- riparazione di vescica estrofica con neovescica rettale

Apparato genitale maschile

- orchietomia allargata per tumore maligno (comprensivo di linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale)
- prostatectomia radicale

Apparato genitale femminile

- intervento radicale per carcinoma ovarico
- isterectomia radicale con linfoadenectomia per tumori maligni per via addominale o vaginale
- creazione operatoria di vagina artificiale
- vulvectomia allargata con linfoadectomia

Cornea

- cheratomilleusi
- epicheratoplastica
- odontocheratoprotesi

Operazioni per glaucoma

- iridociclotrazione
- trabulectomia

Retina

- resezione sclerale

Cristallino

- asportazione di cataratta ed introduzione di cristallino artificiale
- vitrectomia

Orecchio

- anastomosi e trapianti nervosi
- asportazione di tumori dell'orecchio medio
- asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa
- atresia auris congenita: ricostruzione
- chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale
- neurinoma dell'VIII paio
- ricostruzione della catena ossiculare
- sezione del nervo cocleare
- sezione del nervo vestibolare
- timpanoplastica in un solo tempo (curativa e ricostruttiva)

Naso e seni paranasali

- asportazione di tumori maligni del naso e dei seni
- intervento per fibroma duro rinofaringeo

Cavo orale e faringe

- asportazione di tumori maligni con svuotamento latero cervicale

Laringe

- interventi per la paralisi degli abductor
- laringectomia ricostruttiva
- laringectomia sopraglottica
- laringectomia totale
- laringofaringectomia

Trapianti di organi

tutti i trapianti di organi (esclusi trapianti di cute aventi finalità estetica e i trapianti di capelli).

Tabella di legge per i casi di Invalidità Permanente
(allegato 1 del D.P.R. 30.06.1965 n. 1124)

	Percentuali		
	Destro	-	Sinistro
Sordità completa di un orecchio		15	
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	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedasi tabella)			
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a. con possibilità di applicazione di protesi efficace		11	
b. senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità			
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazioni dei movimenti del braccio		5	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50		40
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°- 75°			
a. in semipronazione	30		25
b. in pronazione	35		30
c. in supinazione	45		40
d. quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25		20

	Percentuali		
	Destro	-	Sinistro
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55		50
Anchilosi completa dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:			
a. in semipronazione	40		35
b. in pronazione	45		40
c. in supinazione	55		50
d. quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35		30
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18		15
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
a. in semipronazione	22		18
b. in pronazione	25		22
c. in supinazione	35		30
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40		30
Perdita del braccio:			
a. per disarticolazione scapolo-omerale	85		75
b. per amputazione al terzo superiore	80		70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75		65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70		60
Perdita di tutte le dita della mano	65		55
Perdita del pollice o del primo metacarpo	35		30

	Percentuali		
	Destro	-	Sinistro
Perdita totale del pollice	28		23
Perdita totale dell'indice	15		13
Perdita totale del medio		12	
Perdita totale dell'anulare		8	
Perdita totale del mignolo		12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15		12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7		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	11		9
Perdita delle due ultime falangi del medio		8	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65	
Perdita totale di una gamba al terzo superiore, quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16	
Perdita totale del solo alluce		7	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11	

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

NOTE:

- In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni, effettuate in ciascun occhio.
- La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
- La perdita 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- In caso di afachia monolaterale:**

con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
con visus corretto di 7/10	18%
con visus corretto di 6/10	21%
con visus corretto di 5/10	24%
con visus corretto di 4/10	28%
con visus corretto di 3/10	32%
con visus corretto inferiore a 3/10	35%
- In caso di afachia bilaterale**, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.



UBI Assicurazioni S.p.A. - Società facente parte del Gruppo UBI Banca e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unione di Banche Italiane S.c.p.a. - 20149 Milano - Piazzale Fratelli Zavattari, 12 - Tel. 0249980.1 - Fax 0249980498 - Capitale Sociale € 32.812.000 i.v. - Codice Fiscale, Partita Iva e n° Iscrizione Registro delle Imprese di Milano 07951160154 - n. Iscrizione Albo delle Imprese di Assicurazione 1.00064 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13-2-1987 (G.U. del 16-3-1987, n. 62).