



Modulo Interventi Chirurgici

Appendice
alle Condizioni di Assicurazione
della polizza XME Protezione

Condizioni di Assicurazione redatte secondo le Linee Guida per contratti semplici e chiari del Tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari.

Dedicato ai correntisti di Intesa Sanpaolo



Modulo Interventi Chirurgici

Caro Cliente,

il Modulo Interventi Chirurgici integra la **SEZIONE I** delle Condizioni di Assicurazione di XME Protezione, la polizza assicurativa di Intesa Sanpaolo Assicura che permette di acquistare più coperture assicurative (Moduli) per la protezione della salute, dei beni e della famiglia sottoscrivendo un unico prodotto.

Nel Modulo sono presenti:

- **SEZIONE II** (Artt. 1 – 8) – Norme relative alle coperture assicurative
- **SEZIONE III** (Artt. 9 - 11) – Norme relative alla gestione dei sinistri
- **GLOSSARIO**

Per facilitare la consultazione e la lettura delle caratteristiche del **Modulo Interventi Chirurgici** abbiamo arricchito il documento con:

- **box di consultazione** che le forniranno informazioni e approfondimenti su alcuni aspetti del contratto; sono degli spazi facilmente individuabili perché contrassegnati con margine arancione e con il simbolo della lente di ingrandimento.

I contenuti inseriti nei box hanno solo una valenza esemplificativa di tematiche che potrebbero essere di difficile comprensione.

- **note inserite a margine** del testo, segnalate con un elemento grafico arancione, che forniscono brevi spiegazioni di parole, sigle e concetti di uso poco comune.
- **punti di attenzione**, segnalati con un elemento grafico, vogliono ricordare al cliente di verificare che le coperture di suo interesse non siano soggette a esclusioni e limiti di indennizzo.

Il set informativo di XME Protezione è disponibile sul sito internet della Compagnia www.intesasnpaoloassicura.com e le sarà comunque consegnato all'acquisto della polizza

Grazie per l'interesse dimostrato



Indice

PREMESSA

SEZIONE II

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE

Art. 1. CHE COSA È ASSICURATO	Pag. 1 di 13
Art. 1.1 Classificazione degli interventi chirurgici	Pag. 1 di 13
Art. 1.2 Casi particolari	Pag. 2 di 13
Articolo 2. CHE COSA NON È ASSICURATO	Pag. 2 di 13
Art. 2.1 Persone non assicurabili	Pag. 2 di 13
Art. 2.2 Obblighi del Cliente e dell'assicurato	Pag. 2 di 13
Art. 2.3 Esclusioni	Pag. 2 di 13
Articolo 3. QUALI SONO I LIMITI DELLE COPERTURE	Pag. 3 di 13
Articolo 4. DOVE VALGONO LE COPERTURE	Pag. 3 di 13
Articolo 5. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI	Pag. 3 di 13
Articolo 6. QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE	Pag. 3 di 13
Art. 6.1 Carenze	Pag. 4 di 13
Articolo 7. MODIFICHE DEL PREMIO	Pag. 4 di 13
Articolo 8. SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE	Pag. 4 di 13

SEZIONE III

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINISTRI

Articolo 9. DENUNCIA DEL SINISTRO	Pag. 5 di 13
Art. 9.1 Accertamenti della compagnia	Pag. 5 di 13
Art. 9.2 Documentazione per la gestione dei sinistri	Pag. 5 di 13
Articolo 10. TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI	Pag. 5 di 13
Articolo 11. ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI	Pag. 5 di 13

GLOSSARIO

Pag. 6 di 13

ALLEGATO 1 - Elenco Interventi chirurgici

Pag. 8 di 13

PREMESSA

Le Sezioni II e III regolano le coperture assicurative del Modulo Interventi Chirurgici (d'ora in poi il Modulo) che il Contraente (d'ora in poi il Cliente) può acquistare insieme alla polizza XME Protezione (d'ora in poi polizza) o in un secondo momento ed integrano la Sezione I delle Condizioni di Assicurazione della polizza.

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE

SEZIONE II

NON DIMENTICHI
di verificare anche quali sono le esclusioni e i limiti di indennizzo delle coperture di suo interesse (articoli 2 e 3)

istituti di cura: si intendono gli Istituti universitari, ospedali, case di cura, Day Hospital, pubblici o privati, autorizzati a dare assistenza ospedaliera

unione civile: l'unione costituita tra soggetti maggiorenni dello stesso sesso nelle modalità previste dalla Legge 20 maggio 2016, n.76

Con il Modulo **il Cliente e il suo nucleo familiare** possono ricevere un indennizzo forfettario in caso di interventi chirurgici effettuati in Istituti di cura, nel corso dell'annualità di polizza.

Si ricorda che per questo Modulo:

- il nucleo familiare è rappresentato dal coniuge o dalla persona unita civilmente o convivente more uxorio e dai figli anche se non conviventi
- l'annualità di polizza va dalla data di inizio delle coperture del Modulo (o dalla data del tacito rinnovo delle stesse) fino alla data di scadenza della polizza.

I soggetti assicurati devono essere indicati dal Cliente nel modulo di polizza o nell'Appendice contrattuale.

Contraente e Assicurato: facciamo chiarezza

Il Contraente è la persona che sottoscrive la polizza e paga il premio e può non coincidere con l'Assicurato.

L'Assicurato è il soggetto o i soggetti che beneficiano delle coperture. Deve sempre avere un legame parentale con il Contraente (appartenere allo stesso nucleo familiare).

da sapere: indipendentemente dal costo dell'intervento la Compagnia paga l'importo previsto contrattualmente

Day hospital e Day surgery: si intendono ricoveri o interventi chirurgici senza pernottamento

articolo 1. Che cosa è assicurato

Questo Modulo prevede il pagamento di un **indennizzo forfettario** a seguito di ricovero in istituto di cura per gli interventi chirurgici descritti nell'allegato **Elenco Interventi chirurgici** e resi necessari a causa di un infortunio o di una malattia manifestatasi dopo la decorrenza delle coperture.

Le coperture del Modulo sono valide anche per gli interventi chirurgici effettuati in Day hospital, Day Surgery o per intervento chirurgico ambulatoriale.

1.1 Classificazione degli interventi chirurgici

Gli interventi chirurgici sono stati suddivisi in 6 classi in funzione della loro complessità. Ad ogni classe è stato associato uno specifico valore di indennizzo secondo quanto indicato nell'Allegato **Elenco Interventi chirurgici**.

Il Cliente può scegliere tra queste **4 opzioni**, alternative tra loro, con livelli di indennizzo crescenti:

Classe di indennizzo	OPZIONE BASE indennizzo in euro	OPZIONE BASE PIÙ indennizzo in euro	OPZIONE PREMIUM indennizzo in euro	OPZIONE PREMIUM PIÙ indennizzo in euro
1	500	500	1.000	1.000
2	1.000	1.000	2.000	2.000
3	2.000	2.000	4.000	4.000
4	3.500	4.375	7.000	8.750
5	5.000	6.500	10.000	13.000
6	10.000	14.000	20.000	28.000

1.2 Casi particolari

Se gli interventi non sono indicati nell'allegato **Elenco Interventi chirurgici**, la Compagnia stabilirà la classe d'intervento con criterio simile, in base a un consulto medico, facendo riferimento al più simile degli interventi elencati per patologia e tecnica chirurgica.

articolo 2. Che cosa non è assicurato

2.1 Persone non assicurabili

Non è possibile assicurare:

- a) le persone che alla decorrenza del Modulo o dell'Appendice contrattuale abbiano più di 74 anni**
- b) gli alcolisti, i tossicodipendenti, i malati di AIDS o sindromi a essa correlate**
- c) le persone non residenti in Italia al momento della decorrenza del Modulo.**

Se, nel corso dell'annualità di polizza, l'Assicurato compie 75 anni, le coperture del Modulo cesseranno alla scadenza della polizza e non sarà più possibile rinnovarle tacitamente.

Se la Compagnia viene a conoscenza del fatto che l'Assicurato, al momento dell'acquisto del Modulo, era alcolista, tossicodipendente, malato di AIDS o di sindromi a essa correlate, restituirà al Cliente il premio pagato, al netto delle imposte.

2.2 Obblighi del cliente e dell'Assicurato

Il Cliente e l'Assicurato sono tenuti a comunicare alla Compagnia la perdita dei requisiti di assicurabilità di cui all'art.2 lett. b).

Se l'Assicurato diventa alcolista, tossicodipendente, malato di AIDS o di sindromi a essa correlate le coperture del Modulo cesseranno e la Compagnia, a fronte della comunicazione del Cliente o dell'Assicurato restituirà al Cliente, al netto delle imposte, i premi eventualmente incassati dopo che sia venuta a conoscenza della perdita dei requisiti di assicurabilità.

2.3 Esclusioni

Le coperture del Modulo non sono valide, e quindi la Compagnia non paga l'indennizzo, se i sinistri sono dovuti a:

- a) conseguenze di infortuni occorsi prima della scadenza del Modulo e conseguenze di ricadute o recidive di malattie in atto o preesistenti alla decorrenza del Modulo
- b) malformazioni congenite, malattie genetiche o difetti fisici preesistenti alla decorrenza del Modulo
- c) infortuni causati dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, dalla pratica a titolo professionistico di sport in genere
- d) infortuni subiti dall'Assicurato a causa della sua partecipazione ad atti di terrorismo o di guerra
- e) infortuni causati da stato di ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci
- f) atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato
- g) guerre e insurrezioni
- h) contaminazione biologica o chimica connessa ad atti di terrorismo o atti di guerra
- i) movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche
- j) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (tranne quelle subite come paziente durante applicazioni radioterapiche)
- k) partecipazione a imprese di carattere eccezionale quali, per esempio, spedizioni esplorative o artiche o himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo.

La Compagnia non paga l'indennizzo per:

- a) le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e loro conseguenze e complicanze ed inoltre le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelli riferibili ad esaurimento nervoso
- b) interventi chirurgici per infertilità, sterilità, impotenza, fecondazione assistita
- c) aborto volontario non terapeutico
- d) parodontopatie, cure e protesi dentarie, se non sono necessarie per infortunio
- e) interventi per correggere o eliminare vizi di rifrazione (miopia, ipermetropia, astigmatismo)

Tacito rinnovo: la scadenza della polizza si rinnova tacitamente di anno in anno senza necessità di un consenso esplicito del Cliente

da sapere: una malattia è congenita se presente fin dalla nascita

sport aerei: sono tutti quegli sport praticati in cielo. Sono governati a livello internazionale dalla Fédération Aéronautique Internationale e a livello nazionale italiano dall'Aero Club d'Italia (riconosciuta dal CONI)

da sapere: in base alla normativa vigente sussiste uno stato di manifesta ubriachezza quando il tasso alcolemico risulta superiore a 0,8 grammi per litro

chirurgia bariatrica: si intende il trattamento chirurgico dei pazienti affetti da obesità

- f) interventi chirurgici con finalità estetiche, dietologiche, e fitoterapiche o malattie conseguenti a trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche, chirurgia bariatrica, cure termali
- g) interventi chirurgici che riguardano disturbi d'identità sessuale
- h) interventi chirurgici presso strutture mediche prive delle prescritte autorizzazioni a norma delle leggi vigenti.

articolo 3. Quali sono i limiti delle coperture

Per gli interventi chirurgici effettuati per la medesima patologia e allo stesso organo, arto e/o tessuto, l'indennizzo sarà versato **un'unica volta** per ciascuna annualità di polizza alla quale è attribuito il sinistro.

Se nella stessa seduta operatoria sono eseguiti due o più interventi chirurgici, la Compagnia verserà l'indennizzo che corrisponde **all'intervento più costoso**, in base a quanto indicato nell'allegato Elenco Interventi chirurgici.

Se gli interventi risultano nella stessa classe, sarà comunque pagato **un solo indennizzo**.

Facciamo chiarezza con alcuni esempi

- **Per gli interventi chirurgici effettuati per la medesima patologia e allo stesso organo**

Se il Cliente subisce un intervento di timpanoplastica e dopo pochi mesi deve subire un altro perché il timpano si è perforato nuovamente, a causa ad esempio di un tuffo in piscina o un viaggio aereo, il secondo intervento non sarà indennizzato perché avvenuto nello stesso anno assicurativo del primo.

- **Se nella stessa seduta operatoria sono eseguiti due o più interventi chirurgici**

Se nella stessa seduta operatoria il Cliente viene sottoposto a due interventi, uno per l'asportazione di una cisti al braccio l'altro per l'asportazione di un lipoma all'addome, la Compagnia indennizzerà l'intervento più costoso.

articolo 4. Dove valgono coperture

Le coperture del Modulo sono valide in tutto il Mondo

articolo 5. Dichiarazioni inesatte o reticenti

Le coperture del Modulo e il relativo premio sono determinati in base alle informazioni e dichiarazioni fornite dal Cliente, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Le dichiarazioni inesatte o reticenti, fornite in sede di sottoscrizione o in corso di contratto, possono causare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo in caso di sinistro.

Perché è importante fornire alla Compagnia le informazioni corrette

Se il Contraente comunica alla Compagnia informazioni inesatte che sono rilevanti per la validità della polizza (come ad esempio la data nascita dell'Assicurato) l'Assicurato può perdere tutto o in parte il diritto all'indennizzo in caso di sinistro.

articolo 6. Quando cominciano e quando finiscono le coperture

Ferme le carenze di cui al successivo art. 6.1, le coperture cominciano **alle ore 24 della data indicata nel modulo di polizza** o nell'**Appendice contrattuale**, a condizione che il premio sia stato pagato, e finiscono alla data di scadenza della polizza.

In caso di **tacito rinnovo alla scadenza della polizza**, saranno rinnovate per un ulteriore anno anche le coperture del Modulo, a meno che il Cliente o la Compagnia non dia disdetta dalla polizza o dal Modulo nei tempi e con le modalità previste nella Sezione I delle Condizioni di Assicurazione della polizza.

6.1 Carenze

Il Modulo è valido dalle ore 24:

- del 30° giorno successivo alla decorrenza del modulo di polizza o dell'Appendice contrattuale per gli interventi conseguenti alle malattie in genere
- del 270° giorno successivo alla decorrenza del modulo di polizza o dell'Appendice contrattuale per il parto.

Le malattie che si manifestano in questo periodo non danno diritto alla prestazione **anche se la diagnosi viene certificata dopo il termine del periodo di carenza**.

Il ricovero iniziato durante il periodo di carenza e proseguito oltre lo stesso non dà diritto alle prestazioni previste dal Modulo.

Cos'è la carenza

È il periodo di tempo durante il quale le garanzie non hanno effetto. L'efficacia della garanzia parte infatti dopo il periodo di carenza.

Viene calcolato a partire dalla data di decorrenza del Modulo e dura 30 giorni.

Se una malattia si manifesta in questo intervallo di tempo la polizza verrà annullata dalla Compagnia.

articolo 7. Modifiche del premio

La Compagnia può variare unilateralmente l'importo del premio del Modulo, comunicandolo al Cliente almeno 60 giorni prima della scadenza delle coperture.

In questo caso, il Cliente ha il diritto di esercitare la disdetta dal Modulo, per iscritto o seguendo le modalità indicate nella comunicazione inviata dalla Compagnia.

Se il Cliente non effettua la disdetta del Modulo, le coperture del Modulo si rinnovano tacitamente alle nuove condizioni di premio.

articolo 8. Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

Oltre a quanto previsto dalla Sezione I delle Condizioni di Assicurazione della polizza, se tra l'Assicurato e la Compagnia nascono delle controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'infortunio o della malattia, la risoluzione della controversia può essere affidata per iscritto con i relativi dettagli, a **un Collegio di tre medici**.

Ogni parte coinvolta nella controversia nomina un medico; il terzo medico, deve essere scelto tra i **consulenti medici legali**, di comune accordo tra le parti o, in caso di disaccordo, dal **Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici** della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato o dei suoi Beneficiari, luogo dove si riunirà il Collegio stesso.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e paga il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, senza formalità di legge e sono **vincolanti per le parti**, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

La richiesta può essere inviata a:

Intesa Sanpaolo Assicura
Ufficio Sinistri

Via San Francesco d'Assisi, 10 - 10122 Torino

oppure all'indirizzo e-mail comunicazioni@pec.intesasnpaoloassicura.com

o al numero di fax +39 011.093.10.62

SEZIONE III

NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI

articolo 9. Denuncia del sinistro

L'Assicurato, **entro 10 giorni dalla data del sinistro**, deve avvisare la Compagnia telefonando al **numero verde 800.124.124** (dall'estero +39 02.30328013) attivo da lunedì a venerdì dalle ore 08.30 alle ore 20.00 oppure inviando:

- **un'email** all'indirizzo: sinistri@pec.intesasanpaoloassicura.com oppure
- **una raccomandata A/R** a: Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. Via San Francesco d'Assisi, 10 – 10122 Torino, allegando la documentazione indicata sotto nell'art. 9.2

9.1 Accertamenti della Compagnia

L'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire ogni informazione necessaria e presentare la documentazione medica richiesta.

Inoltre, l'Assicurato e, nel caso, i suoi familiari e gli aventi diritto, devono consentire la visita dei medici incaricati dalla Compagnia e qualsiasi indagine o accertamento ritenuti necessari, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato.

Eventuali accertamenti e controlli devono essere programmati dalla Compagnia entro 30 giorni lavorativi dal ricevimento della denuncia di sinistro.

9.2 Documentazione per la gestione dei sinistri

In caso di sinistro, l'Assicurato dovrà fornire alla Compagnia:

- la cartella clinica o la certificazione medica dell'intervento subito nonché ogni documentazione aggiuntiva richiesta dalla Compagnia;
- il numero di D.R.G. (Diagnosis Related Groups) che identifica e descrive la tipologia dell'intervento da richiedere all'Istituto di cura in cui è stato effettuato l'intervento.

Se l'Assicurato è diverso dal Contraente dovrà fornire il consenso al trattamento dei dati sensibili riportato nel modulo di denuncia di sinistro.

Indicazioni utili per la trasmissione della denuncia

I documenti relativi alla denuncia, inviati tramite posta elettronica, possono essere trasmessi nei seguenti formati doc, docx, jpg, tif o pdf e con una dimensione che non superi 10 MB.

articolo 10. Termini per il pagamento dei sinistri

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione completa relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, Intesa Sanpaolo Assicura determina l'indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione all'interessato entro 30 giorni e avuta notizia dell'accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni. Intesa Sanpaolo Assicura restituirà gli eventuali originali ricevuti.

Trascorso questo termine, la Compagnia dovrà versare gli interessi di mora agli aventi diritto fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato ai sensi di legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

articolo 11. Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per gli stessi rischi sono attive più polizze il Cliente, in caso di sinistro, deve avvisare tutte le Compagnie Assicuratrici richiedendo a ciascuno l'indennizzo/risarcimento dovuto, secondo il rispettivo contratto, come stabilito dall'Art. 1910 del Codice Civile.

mora: in generale si intende il ritardo nell'adempire a una prestazione obbligatoria. La Compagnia diventa morosa quando, entro il termine stabilito, non paga l'indennizzo dovuto

GLOSSARIO

ANNUALITA' DI POLIZZA

Periodo che va dall'inizio della copertura del Modulo alla scadenza della polizza.

APPENDICE CONTRATTUALE

Il documento sottoscritto dal Contraente per l'acquisto o per l'eliminazione di Moduli (rispetto al contratto di polizza), per la variazione dei massimali e/o delle somme assicurate.

ASSICURATO

La persona residente in Italia il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

CARENZA

Il periodo di tempo durante il quale le coperture non hanno effetto. Viene calcolato a partire dalla data di decorrenza del Modulo.

CARTELLA CLINICA

Documento ufficiale e atto pubblico redatto durante il ricovero, contenente le generalità degli Assicurati, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso terapeutico/diagnostico effettuato, gli esami, nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

COMPAGNIA

La Compagnia Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. con sede legale in Italia, a Torino, in Corso Inghilterra, 3, 10138

CONTRAENTE

La persona che sottoscrive il contratto con Intesa Sanpaolo Assicura e che risiede stabilmente in Italia.

CONVIVENZA MORE UXORIO

La convivenza *more uxorio* è la relazione affettiva e solidaristica che lega due persone in comunione di vita senza il vincolo del matrimonio

DAY-HOSPITAL

Degenza diurna in istituto di cura, senza pernottamento, per terapie mediche che richiedono la compilazione della cartella clinica.

DAY SURGERY

Intervento chirurgico effettuato in istituto di cura, in regime di degenza diurna, senza pernottamento in istituto di cura e che richiede la compilazione della cartella clinica.

D.R.G. (Diagnosis Related Groups) - Raggruppamenti omogenei di diagnosi

Categoria di ricoveri ospedalieri che hanno caratteristiche cliniche simili e richiedono per il loro trattamento uguali quantità di risorse ospedaliere. In Italia è stata impiegata la versione D.R.G. 10 fino al 2005, la versione 19 dal 2006 al 2008, infine a partire dall'anno 2009 la versione 24, attualmente in uso.

INDENNIZZO/RISARCIMENTO

La somma che Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. deve pagare in caso di sinistro se sono riconosciuti i requisiti di indennizzabilità/risarcimento

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provoca all'Assicurato lesioni fisiche che possono essere verificate.

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Intervento chirurgico eseguito senza ricovero, Day Hospital o Day Surgery; comprende le gessature.

ISTITUTO DI CURA

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, Day Hospital, pubblici o privati, autorizzati a dare assistenza ospedaliera. Non sono considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni in strutture sanitarie.

MALATTIA

Ogni alterazione dello stato di salute che non dipende da infortunio e che può essere verificata.

MALFORMAZIONE-DIFETTO FISICO

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico.

MODULI

Le coperture assicurative acquistabili con la polizza XME Protezione.

MODULO DI POLIZZA

Documento sottoscritto dalle Parti che riporta i dati anagrafici dell'Assicurato, i Moduli acquistati, le somme assicurate/massimali, il premio e la durata delle coperture assicurative.

PREMIO

La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia come corrispettivo dei moduli acquistati.

RISCHIO

La possibilità che si verifichi l'evento per il quale si è assicurati.

SINISTRO

L'evento dannoso per cui è prestata la garanzia.

SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (S.D.O.)

È lo strumento che raccoglie le informazioni di ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

ALLEGATO 1: ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

Nella tabella riportata sotto sono indicati i D.R.G. con il codice identificativo e la relativa classe di appartenenza

CLASSE	DESCRIZIONE	N° DRG
1	Decompressione del tunnel carpale	006
1	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	060
1	Circoncisione, età < 18 anni	343
1	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	039
1	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	059
1	Circoncisione, età > 17 anni	342
1	Interventi su ano e stoma senza CC	158
1	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	062
1	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	262
1	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	339
1	Interventi per ernia, età < 18 anni	163
1	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	058
1	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	162
1	Interventi primari sull'iride	038
1	Interventi perianali e pilonidali	267
1	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	364
1	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	381
1	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	270
1	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	340
1	Occlusione endoscopica delle tube	362
1	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	375
2	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	041
2	Interventi sulla bocca senza CC	169
2	Artroscopia	232
2	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	051
2	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	057
2	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	055
2	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	229
2	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	160
2	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	345
2	Interventi sulla bocca con CC	168
2	Interventi sui tessuti molli senza CC	227
2	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	377
2	Interventi sulla retina	036
2	Legatura e stripping di vene	119
2	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	042
2	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	040
2	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	266
2	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	061
2	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	268
2	Rinoplastica	056
2	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	374
2	Interventi sul dotto tireoglosso	291
2	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	359

CLASSE	DESCRIZIONE	N° DRG
2	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	363
2	Interventi su vagina, cervice e vulva	360
2	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	228
2	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	538
2	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	365
2	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	260
2	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	503
2	Interventi per via transuretrale senza CC	311
2	Interventi sul piede	225
2	Parto cesareo senza CC	371
2	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	261
3	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	167
3	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	053
3	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	161
3	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	052
3	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	216
3	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	166
3	Lisi di aderenze peritoneali senza CC	151
3	Prostatectomia transuretrale senza CC	337
3	Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni	054
3	Interventi su ano e stoma con CC	157
3	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	063
3	Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	165
3	Sialoadenectomia	050
3	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	440
3	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	171
3	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	159
3	Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	361
3	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	338
3	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	313
3	Interventi sulla mano per traumatismo	441
3	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	259
3	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	356
3	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	230
3	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	402
3	Sostituzione di pacemaker cardiaco	118
3	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	223
3	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	494
3	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	344
3	Interventi sulle paratiroidi	289
3	Altri interventi sugli organi emopoietici	394
3	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	117
3	Interventi sul pene	341
3	Interventi sull'uretra, età < 18 anni	314

CLASSE	DESCRIZIONE	N° DRG
3	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	220
3	Prostatectomia senza CC	307
3	Parto cesareo con CC	370
3	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	443
3	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	265
3	Interventi per via transuretrale con CC	310
3	Interventi minori sulla vescica senza CC	309
3	Interventi sulla tiroide	290
3	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC	264
3	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	500
3	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	224
3	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC	355
3	Prostatectomia transuretrale con CC	336
3	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	077
3	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	234
3	Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	477
3	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	287
3	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	518
3	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC	312
3	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	293
3	Interventi sull'orbita	037
3	Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	153
3	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	219
3	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	479
3	Prostatectomia con CC	306
3	Interventi sui tessuti molli con CC	226
3	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	305
3	Interventi minori sulla vescica con CC	308
3	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	269
3	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	008
3	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	258
3	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	408
3	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	257
3	Trapianti di pelle per traumatismo	439
3	Interventi vascolari extracranici senza CC	534
3	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	358
3	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	537
3	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	540
4	Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	164
4	Lisi di aderenze peritoneali con CC	150
4	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	552
4	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	556
4	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	198
4	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	493

CLASSE	DESCRIZIONE	N° DRG
4	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	156
4	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	335
4	Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	152
4	Interventi maggiori sul capo e sul collo	049
4	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	263
4	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	149
4	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	292
4	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	076
4	Splenectomia, età < 18 anni	393
4	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC	502
4	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	407
4	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	212
4	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	114
4	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	315
4	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	213
4	Interventi per obesità	288
4	Inserzione di stent carotideo	577
4	Altri interventi sull'apparato circolatorio	120
4	Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale	476
4	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	211
4	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	555
4	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomy radicale	353
4	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	199
4	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	499
4	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	155
4	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	558
4	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	200
4	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	217
4	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	357
4	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	304
4	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC	233
4	Splenectomia, età > 17 anni	392
4	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	218
4	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	554
4	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC	354
4	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	210
4	Resezione rettale senza CC	147
4	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	286
4	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	334
4	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	507
4	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	285
4	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	530
4	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	520

CLASSE	DESCRIZIONE	N° DRG
4	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	201
4	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	194
4	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	196
4	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	557
4	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	491
4	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi	551
4	Altri interventi sull'apparato digerente con CC	170
4	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	468
4	Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico	579
4	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	553
4	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	197
4	Interventi maggiori sul torace	075
4	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	007
4	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	192
4	Interventi vascolari extracranici con CC	533
4	Interventi sul midollo spinale senza CC	532
4	Interventi su rene e uretere per neoplasia	303
4	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	544
5	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	442
5	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC	501
5	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	401
5	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	195
5	Resezione rettale con CC	146
5	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	545
5	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	498
5	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	193
5	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	567
5	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	550
5	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	515
5	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	578
5	Altri interventi chirurgici per traumi multipli rilevanti	486
5	Craniotomia, età < 18 anni	003
5	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	111
5	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	406
5	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	113
5	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	570
5	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	002
5	Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	482
5	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	568
5	Artrodesi vertebrale cervicale con CC	519

CLASSE	DESCRIZIONE	N° DRG
5	Interventi di anastomosi ventricolare con CC	529
5	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	471
5	Interventi sul midollo spinale con CC	531
5	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	539
5	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	569
5	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	191
5	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	110
5	Interventi maggiori sulla vescica	573
5	Craniotomia, età > 17 anni con CC	001
5	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	497
5	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	506
5	Altri interventi cardiotoracici	108
5	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	543
5	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	549
5	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	548
5	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	496
5	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumi multipli rilevanti	485
5	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	546
5	Craniotomia per traumi multipli rilevanti	484
5	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	105
5	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	536
5	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	547
5	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	535
5	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	104
5	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	528
5	Bypass coronarico con PTCA	106
5	Tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	542
5	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	525
5	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di cute	504
5	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	541
6	Trapianto renale	302
6	Trapianto di midollo osseo	481
6	Trapianto di pancreas	513
6	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	480
6	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	103
6	Trapianto simultaneo di pancreas/rene	512
6	Trapianto di polmone	495

Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. Sede Legale: Corso Inghilterra 3, 10138 Torino Direzione Generale: Via San Francesco D'Assisi 10, 10122 Torino comunicazioni@pec.intesasampaoloassicura.com Capitale Sociale Euro 27.912.258 Codice Fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Torino 06995220016 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Socio Unico: Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00125 Appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28