

Condizioni Generali di Assicurazione

Premessa

Le seguenti condizioni (modello SRI903 2 edizione 09/2004) costituiscono parte integrante della polizza sottoscritta dal contraente, identificata dal modello SRI903 1 edizione 09/2004.

L'assicurazione è prestata esclusivamente per le partite per le quali è stata indicata la somma assicurata e/o massimali e corrisposto il relativo premio, salvi i limiti di indennizzo o risarcimento, gli scoperti e le franchigie eventualmente previsti sulla polizza stessa o nelle seguenti condizioni.

Definizioni

Assicurazione:	il contratto di assicurazione.
Assicurato:	la persona fisica, il cui interesse è protetto dall'assicurazione; nella sezione "Commorienza genitori per infortunio" i genitori del minore indicato in polizza.
Beneficiario:	la persona fisica o giuridica designata dal Contraente, alla quale TUA deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio con decesso dell'assicurato. In assenza di designazione specifica i Beneficiari sono gli eredi legittimi o testamentari in parti uguali tra loro.
Centro diagnostico:	ambulatorio o poliambulatorio sanitario regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, per le indagini diagnostiche e/o per gli interventi chirurgici ambulatoriali.
Contraente:	il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e che paga il premio.
Day hospital:	la degenza in istituto di cura non comportante pernottamento, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.
Difetto fisico o malformazione:	alterazione, mancanza o imperfezione di un organo o di un apparato, anche di natura congenita.
Franchigia:	la parte di danno, espressa in misura fissa, che per ogni sinistro rimane a carico dell'assicurato.
Grande Intervento:	l'intervento terapeutico mediante uso di strumenti chirurgici, rientrante nella tabella 3 - Grandi Interventi.
Indennizzo:	la somma dovuta da TUA all'assicurato in caso di sinistro.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Insorgenza:	epoca in cui ha inizio la malattia, anche asintomatica e/o non diagnosticata.
Istituto di cura:	ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia improvvisa:	malattia di acuta manifestazione di cui l'assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'assicurato.
Manifestazione:	epoca in cui si manifesta la malattia con sintomi oggettivi, indipendentemente dalla diagnosi della stessa.
Massimale:	la somma, indicata in polizza, fino alla concorrenza della quale TUA presta la garanzia.
Partita:	singola garanzia o complesso di garanzie indicate in polizza che prevedono il pagamento di un premio.
Polizza:	il documento che prova il contratto di assicurazione.
Premio:	il costo della copertura assicurativa dovuto dal contraente a TUA.
Ricovero:	la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.
Risarcimento:	la somma dovuta da TUA all'assicurato in caso di sinistro per provvedere a tacitare il terzo danneggiato.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Scoperto:	la parte di danno, espressa in misura percentuale, che per ogni sinistro rimane a carico dell'assicurato.
Sinistro:	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
TUA:	l'impresa assicuratrice TUA Assicurazioni S.p.A. - sede legale in Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20142 Milano (MI).

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco



Norme valide per tutte le sezioni di polizza

Art. 1 – Dichiarazioni e comunicazioni del contraente

Le dichiarazioni inesatte o reticenti, dell'assicurato o del contraente, rese al momento della stipulazione del contratto, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta da TUA in caso di sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 cod. civ.

Art. 2 – Altre assicurazioni

L'assicurato deve comunicare per iscritto a TUA l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del diritto all'indennizzo. In caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli artt. 1910 e 1913 cod. civ.

Art. 3 – Aggravamento del rischio

L'assicurato o il contraente deve dare immediatamente comunicazione scritta a TUA di qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del rischio e che possano comportare l'aggravamento del rischio stesso.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati da TUA possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta da TUA in caso di sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 cod. civ.

Art. 4 – Diminuzione del rischio

L'assicurato o il contraente è tenuto a comunicare a TUA qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del rischio e che possano comportare la diminuzione del rischio stesso. In caso di accertata diminuzione del rischio TUA, ai sensi dell'art. 1897 cod. civ., è tenuta a ridurre proporzionalmente il premio o le rate di premio a decorrere dalla prima scadenza successiva alla suddetta comunicazione.

Art. 5 – Assicurazione per conto altrui

Se la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi che derivano dal contratto devono essere adempiuti dal contraente, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo assicurato, ai sensi dell'art. 1891 cod. civ.

Art. 6 – Durata

La durata del presente contratto viene determinata concordemente tra le parti al momento della stipulazione dell'assicurazione e viene indicata in polizza.

Art. 7 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza

se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento effettivo.

Se il contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di TUA di esigere il pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 cod. civ.

Il pagamento deve essere eseguito esclusivamente presso l'agenzia cui è assegnato il contratto, la quale è autorizzata a rilasciare idonea quietanza di pagamento.

Art. 8 – Comunicazioni e modifiche al contratto

Le comunicazioni tra le parti e le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 9 – Periodo di assicurazione

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Art. 10 – Tacito rinnovo

La polizza si intende senza tacito rinnovo, pertanto l'assicurazione si intende estinta alle ore 24 del giorno di naturale scadenza in es- sa indicato.

Art. 11 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, le persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci), sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., da Parkinson, nonché le persone affette dalle seguenti infermità: schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidei, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali.

La sopravvenienza di tali affezioni costituisce causa di risoluzione del contratto. In questo caso TUA restituisce al contraente la parte di premio versata, relativa al periodo di premio di garanzia non goduto.

Art. 12 – Foro Competente

Foro competente è quello di residenza o di domicilio elettivo dell'assicurato o del contraente.

Art. 13 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del contraente.

Art. 14 – Rinvio alle norme

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative e regolamentari.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco



Assistenza alla persona

Definizioni

- Assicurato:** gli assicurati con le prestazioni "Assistenza alla persona". Qualora in polizza fossero previsti adempimenti da parte dell'assicurato questi potranno essere esercitati da uno dei genitori o da chi ne fa le veci.
- Centro Medico Internazionale di riferimento:** le strutture sanitarie ed i centri clinici della U.C.S.F. di Stanford (USA) che costituisce il fulcro del network internazionale di Ospedali e Medici Specialisti che provvede alla formulazione della seconda opinione medica a seguito della trasmissione dei quesiti e della documentazione medica.
- Centrale di Telemedicina:** è la struttura di SOIT - Second Opinion Italy s.r.l. costituita da: medici ed operatori che è in funzione dalle ore 9.00 alle ore 17.00, dal lunedì al venerdì, esclusi i giorni festivi infrasettimanali, che in virtù dell'accordo con il Centro Medico Internazionale di riferimento provvede alla gestione ed all'erogazione della seconda opinione medica.
- Centrale Operativa:** è la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da: medici, tecnici, operatori, che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con TUA provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico di TUA stessa, le prestazioni di assistenza previste in polizza ed intrattiene i contatti con la Centrale di Telemedicina.
- Decorrenza e durata:** dalla data di decorrenza della polizza e per tutta la durata della stessa.
- Estensione Territoriale:** Mondo.
- In viaggio:** qualsiasi località ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'assicurato.
- Prestazioni:** sono le assistenze prestate dalla Centrale Operativa all'assicurato.
- Sinistro:** il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità del Servizio e che determina la richiesta di assistenza dell'assicurato.

Come richiedere i servizi di assistenza

Art. A.1 - Come richiedere i servizi di assistenza

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'assicurato potrà telefonare alla Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24 facente capo al numero verde:

800.833.800

oppure al numero di Milano: 02.58.28.69.82

Oppure se non può telefonare può inviare un telegramma:

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.
Piazza Trento, 8
20135 MILANO.

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- 1) il tipo di assistenza di cui necessita;
- 2) nome e cognome;
- 3) numero di posizione preceduto dalla sigla:
 - a) TUNE;

4) indirizzo del luogo in cui si trova;

5) il recapito telefonico dove la Centrale Operativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

La Centrale Operativa potrà richiedere all'assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Centrale Operativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

In caso di Second Opinion, ricevuta la richiesta di prestazione, la Centrale Operativa Second Opinion invierà un modello che l'Assicurato dovrà compilare e restituire unitamente alla documentazione convenuta durante il colloquio di inquadramento del caso eseguito con il personale medico della Centrale Operativa Second Opinion stessa.

Prestazioni "Assistenza"

Art. A.2 - Consulenza medica

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Centrale Operativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

Art. A.3 - Consulenza pediatrica telefonica

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa del proprio bambino, necessiti di un consulto telefonico urgente e non riesca a reperire il proprio medico specialista, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Centrale Operativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

Art. A.4 - Second Opinion

La seguente prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 17.00 dal Lunedì al Venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali

Qualora l'assicurato, a seguito di malattia o infortunio diagnosticati o trattati terapeutamente, necessiti di consulenza medica relativa

ad un approfondimento del proprio stato di salute, l'assicurato stesso potrà contattare i medici della Centrale Operativa al fine di ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti. Nel caso si ritenga opportuno richiedere una seconda valutazione clinico-diagnostica, la Centrale Operativa metterà in contatto l'assicurato con la Centrale di Telemedicina ed effettuerà la seconda opinione medica avvalendosi dell'esperienza dei propri medici specialisti qualificati a livello internazionale.

Per beneficiare della prestazione, l'assicurato dovrà spiegare ai medici della Centrale di Telemedicina il caso clinico per il quale richiede l'approfondimento o la seconda opinione medica. I medici della Centrale di Telemedicina, inquadrato il caso con l'assicurato e concordata la necessità della seconda opinione medica, procedono alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria ed elaborano i quesiti che verranno sottoposti ai medici specialisti.

La richiesta di seconda opinione medica così formulata sarà trasmessa al Centro Medico Internazionale di riferimento che, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, formula una risposta scritta, che





verrà inviata all'assicurato per il tramite della Centrale Operativa. Entro 7 giorni dalla data di ricevimento della seconda opinione medica è facoltà dell'assicurato richiedere di conferire, alla presenza del direttore medico della Centrale Operativa ed eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente del Centro Medico Internazionale di riferimento mediante collegamento telefonico o video conferenza.

Art. A.5 – Invio di un medico al domicilio

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati, tenendo TUA a proprio carico la relativa spesa.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

Art. A.6 – Trasporto in autoambulanza

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o di malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza, tenendo TUA a proprio carico i relativi costi fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).

Art. A.7 – Ricerca e prenotazione di centri diagnostici e specialistici

La seguente prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal Lunedì al Venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali

Qualora l'assicurato debba sottoporsi ad intervento chirurgico o ad accertamenti diagnostici, potrà telefonare alla Centrale Operativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito il medico curante, individua e prenota, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura attrezzato od il centro diagnostico ritenuto più idoneo per il caso.

Art. A.8 – Segnalazione medico specialista all'estero

Qualora, successivamente ad una consulenza medica, emergesse la necessità che l'assicurato debba sottoporsi ad una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'assicurato.

Art. A.9 – Viaggio di un familiare

Qualora a seguito di infortunio o malattia occorsi in viaggio l'assicurato necessiti di un ricovero in istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, tenendo la Compagnia a proprio carico le relative spese.

Sono inoltre comprese le spese di soggiorno del familiare fino ad un massimo di 250 euro.

Esclusioni ed effetti giuridici relativi alle prestazioni

Art. A.10 – Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le prestazioni

- 1) La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun anno di validità della polizza è di 60 giorni.
Tutte le prestazioni sono fornite fino ad un massimo di tre volte per anno di validità della polizza.
- 2) L'assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa polizza, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro.
- 3) Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:
 - a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici o di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
 - c) dolo dell'assicurato;
 - d) suicidio o tentato suicidio;
 - e) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative

prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;

- f) malattie nervose e mentali, malattie insorte anteriormente alla stipulazione della polizza e già conosciute dall'assicurato (malattie preesistenti), malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- g) l'espianto e/o il trapianto di organi.

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovasse in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

- 4) Qualora l'assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, TUA non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
- 5) Ogni diritto nei confronti di TUA si prescrive entro il termine di un anno dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 cod. civ.
- 6) Per tutto quanto non è qui espressamente disciplinato si applicano le disposizioni della legge italiana.
- 7) Il diritto alle assistenze fornite di TUA decade qualora l'assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco



Tutela della salute

Grandi interventi

Art. B.1 – Oggetto della garanzia

TUA si impegna a tenere indenne l'assicurato per le spese sanitarie che debba sostenere a seguito di ricovero, per trattamenti resi necessari da malattia o infortunio, che comporti un intervento chirurgico compreso tra quelli previsti nella **tabella 1 – Grandi interventi** e fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza per anno assicurativo.

Sono indennizzabili le seguenti spese mediche:

- a) onorari del chirurgo e ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiale d'intervento ivi compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
 - b) rette di degenza;
 - c) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami, forniti dall'istituto di cura durante il periodo di ricovero.
- Fermo restando il massimale di polizza, è previsto altresì il rimborso delle seguenti spese:
- d) sostenute per esami di laboratorio e analisi, accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici, erogati nei 60 giorni precedenti il ricovero comportante intervento chirurgico, perché ad esso direttamente connessi; nonché per le spese sostenute per esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi al ricovero comportante intervento chirurgico purché ad esso direttamente connesse. Le prestazioni operano sino alla concorrenza di 7.500 euro per anno e per persona;
 - e) nel caso di trapianto di organi o di parti di essi, conseguenti a infortunio o malattia, TUA provvede a rimborsare le spese sanitarie sostenute per il prelievo sul donatore, compreso il tra-

sporto, nonché, in caso di donazione da vivente, le spese sostenute per prestazioni effettuate in favore del donatore durante il ricovero per le spese di cui alle lettere a), b) e c);

- f) di pernottamento e vitto, di un accompagnatore per un periodo non superiore ai 30 giorni per ciascun ricovero e per un importo massimo giornaliero di 50 euro;
- g) per l'acquisto di apparecchi protesici ed ortopedici sostitutivi di parti anatomiche, nonché il noleggio o l'acquisto di carrozzelle ortopediche resisi necessari a seguito di evento indennizzabile e fino alla concorrenza di un importo massimo di 2.500 euro per evento e per anno assicurativo;
- h) per il trasporto dell'assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato e con il limite di 1.000 euro per anno e per persona:
 - per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura;
 - per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;
 - per il rientro al domicilio al momento della dimissione.

Art. B.2 - Indennità sostitutiva

Qualora l'assicurato non sostenga alcuna delle spese di cui alle lettere a), b) e c) dell'articolo che precede, TUA corrisponderà un'indennità di 100 euro per ogni giorno di ricovero. Tale indennità verrà corrisposta per un periodo non superiore a 30 giorni complessivamente per ciascun ricovero ed a 90 giorni per anno assicurativo.

Art. B.3 – Erogazione della prestazione presso istituti di cura esteri

Qualora l'assicurato necessiti di prestazioni sanitarie all'estero in quanto tali prestazioni non possono essere offerte da istituti di cura italiani, la garanzia comprenderà anche le spese che dovranno essere sostenute per le suddette prestazioni all'estero, previa autorizzazione da parte di TUA, fermi i massimali previsti dal contratto.

Norme comuni alla sezione

Art. B.4 – Decorrenza della garanzia

Fermo quanto previsto dall'Art. 7, disciplinante il giorno di effetto dell'assicurazione, le garanzie sono operanti:

- a) per gli infortuni, dalle ore 24 del giorno di effetto dell'assicurazione;
- b) per le malattie insorte dopo la sottoscrizione del contratto, dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- c) per le malattie insorte prima della sottoscrizione del contratto, dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione. Sono comunque escluse le conseguenze di infortuni, malattie, difetti fisici o malformazioni, stati patologici, diagnosticati o sottoposti ad accertamenti o curati o comunque noti all'assicurato prima della stipulazione dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con TUA, e comunque senza soluzione di continuità, per i medesimi rischi e per i medesimi assicurati, allora per data di effetto si intende:

- d) il giorno di effetto della garanzia di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima risultanti;
- e) il giorno di effetto della garanzia di cui alla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da quest'ultima previste.

Art. B.5 – Le esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- 1) malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto sottaciuti con dolo o colpa grave, all'atto della stipula del contratto;
- 2) le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, nonché la psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia o pa-

ranoidi, anoressia, bulimia, ecc.;

- 3) acquisto, applicazione, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, nonché di mezzi ausiliari a sostegno di handicap, salvo il caso degli apparecchi previsti dall'Art. B.1 lettera a);
- 4) le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio indennizzabile, purché effettuate nei 360 giorni successivi all'intervento e comunque durante la validità del contratto;
- 5) le prestazioni e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali quelle omeopatiche, fitoterapiche, agopuntura, nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- 6) le prestazioni sanitarie e le cure dietetiche e, salvo quanto previsto dall'Art. B.1 lettera d), termali;
- 7) day hospital e ricoveri con finalità diagnostica;
- 8) la correzione della miopia, astigmatismo, ipermetropia;
- 9) le protesi dentarie nonché le prestazioni sanitarie e le cure odontoiatriche ed ortodontiche, qualora non siano rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- 10) gli infortuni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'assicurato. Sono compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'assicurato stesso;
- 11) gli infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, farmaci), nonché le malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- 12) gli infortuni conseguenti alla pratica di sport aerei in genere (compreso il volo da diporto o sportivo – deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio) o dalla partecipazione a gare o





competizioni sportive, ed alle relative prove e allenamenti, che prevedano l'uso di veicoli o natanti a motore e che non siano di regolarità pura, nonché dall'attività sportiva professionale (gare, prove e allenamenti);

- 13) gli infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;
 - 14) gli infortuni occorsi durante la guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche dell'assicurato;
 - 15) gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti se l'assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'assicurato che guidi con patente scaduta da meno di 180 giorni e purché in possesso, al momento del sinistro, dei requisiti per il rinnovo;
 - 16) gli infortuni subiti sul lavoro in miniera o in lavori subacquei o alla guida di mezzi di locomozione aerei;
 - 17) le conseguenze dirette od indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
 - 18) le conseguenze di guerre dichiarate e non, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche.
- La garanzia vale invece per gli infortuni derivanti da stato di guerra, dichiarata e non, e di insurrezione popolare, per il pe-

riodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero in uno Stato, diverso dalla Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano, sino ad allora in pace.

Art. B.6 – Estensione territoriale

L'assicurazione opera per il mondo intero ed esclusivamente per assicurati che abbiano la propria dimora in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Qualora l'assicurato si trovi in uno Stato estero per motivi di lavoro, studio o vacanza, le garanzie assicurate vengono erogate a seguito di infortunio, malattia improvvisa o parto prematuro sino al massimale per anno e per sinistro indicato nella scheda di polizza, purché il sinistro si verifichi entro i primi 60 giorni di permanenza continuativa all'estero. Diversamente, all'estero le garanzie operano con uno scoperto del 25%. La disposizione di cui al presente comma non si attua qualora abbia trovato applicazione il disposto dell'Art. B.3.

Art. B.7 – Rinuncia all'azione di rivalsa

Limitatamente alle prestazioni conseguenti ad infortunio, si conviene che, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, TUA rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 cod. civ.

Denuncia e gestione del sinistro

Art. B.8 – Cosa fare in caso di sinistro

L'assicurato, o se impossibilitato un suo familiare, deve **dare avviso** del sinistro a TUA telefonando **al numero verde 800.833.800, entro tre giorni** da quello in cui il sinistro si è verificato ovvero da quello in cui ne abbia avuto la possibilità o conoscenza.

Art. B.9 – Denuncia del sinistro

Con la denuncia del sinistro, sarà richiesta l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, nonché l'invio del certificato medico. Ai fini della definizione del sinistro, l'assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie ovvero, su richiesta di TUA, a sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici ovvero a fornire ogni altra informazione o documentazione sanitaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e/o curato ed acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del D. Lgs. 196/03.

TUA provvede al pagamento di quanto dovuto all'assicurato su presentazione, a cura ultimata, del documento attestante l'avvenuto ricovero, degli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate e copia conforme della cartella clinica completa. Qualora l'assicurato richieda l'indennità sostitutiva prevista dall'Art. B.2, l'assicurato o i suoi familiari devono far pervenire la sola copia conforme della cartella clinica completa;

Qualora il debito per spese mediche dell'assicurato venga sostenuto in parte da terzi, a titolo definitivo, TUA pagherà la parte del debito che resti effettivamente a carico dell'assicurato, dedotte le franchigie pattuite. TUA effettuerà il pagamento di quanto dovuto ai termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute. TUA si impegna a restituire gli originali delle fatture, notule, ricevute, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Art. B.10 – Determinazione dell'indennizzo ed operazioni peritali

Premesso che TUA si riserva di determinare l'efficacia della polizza

e l'operatività delle garanzie interessate dal sinistro, si conviene che l'ammontare del danno viene determinato concordemente tra le Parti.

Tuttavia, ciascuna di loro ha la facoltà di richiedere che la determinazione del danno venga demandata ad un collegio di due periti medici, nominati uno per parte con apposito atto unico. Nel caso di disaccordo fra i suddetti, questi ne eleggeranno un terzo e le decisioni saranno prese a maggioranza.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei periti medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato. Ogni parte designa il proprio consulente mentre, l'eventuale terzo viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo perito medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'assicurato. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il perito medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio Medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

Art. B.11 – Pagamento dell'indennizzo

TUA, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, determina l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco





Tutela infortuni

Commorienza genitori per infortunio

Art. C.1 – Oggetto dell'assicurazione

Tua eroga il capitale indicato in polizza, in caso in cui lo stesso infortunio causi la commorienza dei genitori del minore indicato in polizza (definiti in questa sezione come "assicurato"), avvenuto sia nell'esercizio dell'attività professionale che di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Se le salme non vengono ritrovate, TUA liquida il capitale garantito dopo 6 mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli artt. 60 e 62 cod. civ. Se dopo il pagamento dell'indennizzo, risulta che anche solo uno dei genitori è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, TUA ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata.

Art. C.2 – Le estensioni

La garanzia opera per infortuni subiti in occasione degli eventi assicurati anche se derivanti da:

- colpa grave dello stesso;
- aggressioni, atti di terrorismo o tumulti popolari, a condizione che non vi abbia preso parte attiva;
- atti di temerarietà, esclusivamente se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa.

Inoltre l'assicurazione comprende:

- l'asfissia non dipendente da malattia;
- l'avvelenamento acuto o le lesioni da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, i colpi di sole o di calore;
- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- le affezioni conseguenti a morsi o punture di animali, con esclusione della malaria;
- le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti e delle ernie, salvo le ernie addominali da sforzo limitatamente ai casi di invalidità permanente e inabilità temporanea, se previste dal contratto.

Art. C.3 – Le esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- gli infortuni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'assicurato. Sono compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'assicurato stesso;
- gli infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (alcol, stupefacenti, farmaci), nonché le malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- gli infortuni subiti alla guida di mezzi di locomozione aerei e quelli subiti in qualità di passeggero durante viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;
- gli infortuni occorsi durante la guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche dell'assicurato;
- gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti se l'assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'assicurato che guidi con patente scaduta da meno di 180 giorni e purché in possesso, al momento del sinistro, dei requisiti per il rinnovo;
- gli infortuni accaduti durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;

Norme comuni alla sezione

Art. C.5 – Estensione territoriale

L'assicurazione opera per il mondo intero ed esclusivamente per assicurati che abbiano la propria dimora in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

- il lavoro in cave (anche a cielo aperto) e miniere; il lavoro subacqueo o in mare aperto;
- le professioni circensi, acrobata, stunt-man, astronauta o che prevedano l'uso di materiali pirici, pirotecnici o esplosivi;
- gli infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile a termini di polizza;
- le conseguenze dirette od indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
- le conseguenze di guerre dichiarate e non, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche.

La garanzia vale invece per gli infortuni derivanti da stato di guerra, dichiarata e non, e di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero in uno Stato, diverso dalla Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano, sino ad allora in pace.

Art. C.4 – Pratica di sport

Sono esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di:

- sport a livello professionale (gare, prove e allenamenti);
- sport aerei in genere (compreso il volo da diporto o sportivo – deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio) o dalla partecipazione a gare o competizioni sportive, ed alle relative prove e allenamenti, che prevedano l'uso di veicoli o natanti a motore e che non siano di regolarità pura;
- alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco o effettuato in solitaria, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, bungee jumping, slittino, bob, skeleton, discesa nei tratti montani di fiumi e torrenti (torrentismo, hydrospeed, rafting, canyoning), motonautica, navigazione in mare in solitaria, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci d'alpinismo, sci estremo e/o fuoripista.

Ferme le esclusioni dell'Art. C.3 e dei punti che precedono, relativamente a:

- pratica di alpinismo fino al 3° grado della scala di Monaco (non in solitaria), baseball, basket, calcio, hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, volley, pallamano, sport equestri, immersioni subacquee con autorespiratore (purché l'assicurato sia in possesso di idoneo brevetto di attività subacquea), speleologia (purché effettuata in gruppo e con idonea attrezzatura), canoa e kajak, ciclismo e mountain bike (salvo l'uso di tali mezzi come mezzo di trasporto), sci da discesa e snowboard;
- la partecipazione a gare e tornei per i quali sia previsto un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive, ad eccezione di: atletica leggera, bocce, canottaggio, fitness, ginnastica, golf, nuoto, pallamano, pallanuoto, pattinaggio a rotelle e su ghiaccio, pesca non subacquea, scherma, sci di fondo, surf, tennis e tennistavolo, tiro, vela e windsurf;

il capitale indicato in polizza si intende ridotto del 50%.

Art. C.6 – Rinuncia all'azione di rivalsa

Limitatamente alle prestazioni conseguenti ad infortunio, si conviene che, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, TUA rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 cod. civ.





Denuncia e gestione del sinistro

Art. C.7 – Cosa fare in caso di sinistro

L'assicurato, o se impossibilitato un suo familiare, ovvero in caso di morte il beneficiario, deve **dare avviso** del sinistro a TUA telefonando al **numero verde 800.833.800, entro tre giorni** da quello in cui il sinistro si è verificato ovvero da quello in cui ne abbia avuto la possibilità o conoscenza.

Art. C.8 – Denuncia del sinistro

Con la denuncia del sinistro, sarà richiesta l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, nonché l'invio del certificato medico. Ai fini della definizione del sinistro, l'assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie ovvero, su richiesta di TUA, a sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici ovvero a fornire ogni altra informazione o documentazione sanitaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e/o curato ed acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del D. Lgs. 196/03.

Art. C.9 – Determinazione dell'indennizzo ed operazioni peritali

Premesso che TUA si riserva di determinare l'efficacia della polizza e l'operatività delle garanzie interessate dal sinistro, si conviene che l'ammontare del danno viene determinato concordemente tra le Parti.

Tuttavia, ciascuna di loro ha la facoltà di richiedere che la determinazione del danno venga demandata ad un collegio di due periti medici, nominati uno per parte con apposito atto unico. Nel caso di disaccordo fra i suddetti, questi ne eleggeranno un terzo e le deci-

sioni saranno prese a maggioranza.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei periti medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato. Ogni parte designa il proprio consulente mentre, l'eventuale terzo viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo perito medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'assicurato. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il perito medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio Medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

Art. C.10 – Pagamento dell'indennizzo

TUA, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, determina l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco





Tabella 1 – Grandi interventi

Chirurgia cardiaca

- Asportazione dei tumori endocavitari del cuore
- By-pass aorto-coronarico con vena
- By-pass aorto-coronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro
- Commisurotomia
- Impianto di arteria mammaria secondo Vineberg singolo e doppio
- Impianto di pace-maker epicardio per via toracotomica e freni-copericardica
- Infartectomia in fase acuta
- Interventi per corpi estranei del cuore
- Interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare
- Pericardiectomia
- Resezione aneurisma del ventricolo sinistro
- Sostituzione valvolare con protesi
- Sutura del cuore per ferite
- Valvuloplastica della mitrale e dell'aorta
- Trapianto del cuore

Collo

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne

Cranio e sistema nervoso centrale e periferico

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzioni di altre condizioni patologiche
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Cranioplastiche
- Craniotomia per lesioni traumatiche intercerebrali
- Emisferectomia
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningomidollari
- Interventi per derivazione liquorale diretta o indiretta
- Interventi per epilessia focale
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- Lobotomia ed altri interventi di psicotomia
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico
- Operazione per encefalo meningocele
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari
- Vagotomia per via toracica

Esofago

- Collocazione di protesi endoesofagea per via toracico-laparatomica
- Interventi non endoscopici nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
- Interventi per diverticolo dell'esofago
- Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico
- Resezione dell'esofago cervicale
- Resezione totale esofagea con esofagoplastica
- Operazione sull'esofago per stenosi benigne per tumori, resezioni parziali base, alte e totali

Faccia e bocca

- Asportazione della parotide per neoplasie maligne
- Correzione naso a sella
- Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Demolizione dell'osso frontale
- Fratture dei mascellari superiori. Trattamento chirurgico ed ortopedico
- Fratture del condilo e dell'apofisi coronoide mandibolare. Trattamento chirurgico ed ortopedico

- Interventi demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare contemporaneo
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Parotidectomia con conservazione del facciale
- Plastica per paralisi del nervo facciale
- Resezione del mascellare superiore
- Resezione del massiccio facciale per malformazioni maligne
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi

Fegato e vie biliari

- Resezione epatica e coledocotomia
- Epatectomia semplice per cisti da echinococco
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastrotomia, colecisto-enterostomia)
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Trapianto del fegato

Apparato genitale

- Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi
- Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico
- Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma)
- Cura chirurgica di fistola uretrale
- Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale
- Eviscerazione pelvica
- Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria
- Metroplastica
- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfo-adenectomia
- Pannisterectomia radicale per via addominale
- Pannisterectomia radicale per via vaginale
- Vulvectomia totale

Laringe

- Faringolaringectomia
- Laringectomia orizzontale sopraglottica
- Laringectomia parziale verticale
- Laringectomia totale

Oculistica

- Iridocicloretrazione
- Trabeculectomia
- Trapianto corneale

Ortopedia e traumatologia

- Artroprotesi di anca
- Artroprotesi di gomito
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomia
- Protesi di femore
- Artroprotesi di ginocchio
- Protesi di Thompson
- Protesi di spalla e gomito
- Protesi di polso
- Protesi di ginocchio
- Vertebrotonomia

Otorinolaringoiatria

- Chirurgia della sordità otosclerotica
- Chirurgia endoauricolare della vertigine
- Chirurgia translabyrinthica della vertigine
- Decompressione del nervo facciale con innesto o rafia
- Decompressione del nervo facciale
- Resezione del nervo petroso superficiale
- Timpanoplastica
- Impianto di protesi cocleare





Pancreas e milza

- Anastomosi mesenterica-cava
- Anastomosi porta-cava e spleno-renale
- Interventi demolitivi del pancreas:
 - totale o della testa,
 - della coda
- Interventi di necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas:
 - enucleazione delle cisti,
 - marsupializzazione
- Interventi di fistole pancreatiche
- Splenectomia
- Trapianto del pancreas
- Innesto di pancreas artificiale

Pediatria

- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare - abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano semplice - abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'esofago
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Fistola dell'esofago
- Fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale
- Idrocefalo ipersecretivo
- Megacolon - operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Megauretere:
 - resezione con reimpianto,
 - resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumectomia)
- Eteratoma sacrococcigeo

Peritoneo e intestino

- Colectomia segmentarla
- Colectomia totale
- Colectomia con lesioni dell'intestino - resezione intestinale
- Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali
- Occlusione intestinale di varia natura - resezione intestinale
- Resezione del tenue
- Resezione ileo cecale

Retto

- Amputazione del retto per via sacrale
- Amputazione del retto per via addominoperineale

Stomaco e duodeno

- Gastrectomia totale
- Cardiotomia extramucosa
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Resezione gastrica
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post anastomotica

Torace

- Asportazione del timo
- Decorticazione polmonare
- Interventi per fistole bronchiali cutanee
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi sul mediastino per tumori
- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare
- Pleura pneumectomia
- Pneumectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Resezioni segmentane polmonari e lobectomia
- Toracoplastica totale

Urologia

- Intervento per fistola vescico-rettale
- Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia
- Cistectomia totale
- Ileocisto plastica-colecisto plastica
- Intervento per estrofia della vescica
- Intervento per fistola vescico-intestinale
- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefroureterectomia totale
- Trapianto del rene

Vasi

- Disostruzione by-pass aorta addominale, effettuati non per via endoscopica
- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi:
 - arterie carotidi,
 - arterie vertebrali,
 - vena succlavia,
 - tronco brachio-cefalico,
 - arterie/vene iliache
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca, effettuati non per via endoscopica
- Interventi per stenosi od ostruzioni della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima, effettuati non per via endoscopica
- Resezione arteriosa con plastica vasale
- Operazione sull'aorta toracica e sull'aorta addominale

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

