

POLIZZA SANITARIA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
A FAVORE DEI SACERDOTI CHE SONO COMPRESI NEL
SISTEMA DI SOSTENTAMENTO DEL CLERO



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti Condizioni di Assicurazione
(MOD SAN REVCLE 2 – ED. 12/2020)
sono redatte secondo le linee guida ANIA del 06/02/2018.

Cattolica Assicurazioni ha una soluzione per tutto ciò che riguarda la tua vita. Perché la vita è fatta per essere vissuta.

PRONTI ALLA VITA. | cattolica.it | scarica l'app   

CATTOLICA
ASSICURAZIONI
DAL 1896

POLIZZA SANITARIA PER IL REVERENDO CLERO

**Contraente
ASSICATTOLICA**

**Associato
ISTITUTO CENTRALE SOSTENTAMENTO DEL CLERO**

**Società Assicurativa
SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE – SOCIETÀ
COOPERATIVA**

**Le presenti Condizioni di Assicurazione
MOD. SAN REVCLE 2 – ED. 12/2020
sono state redatte secondo le linee guida ANIA del 06/02/2018**



CONVENZIONI GRAFICHE APPLICATE NEI TESTI

- titoli di sezioni, capitoli, articoli, paragrafi: **MAIUSCOLO**
- punti rilevanti, sottotitoli, parole di riferimento: **grassetto**
- specifiche, richiami a norme o articoli: *corsivo*

ELEMENTI DI ATTENZIONE NELLE CONDIZIONI DI POLIZZA



informazione importante: le cose chiave e utili da sapere



focus: approfondimenti, specifiche, casi, esempi...



cosa fare: istruzioni, cosa fare o chi contattare in caso di...

SOMMARIO

GLOSSARIO

TERMINI GENERALI

CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

- Art. 1. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art. 2. Altre assicurazioni
- Art. 3. Modifiche dell'assicurazione
- Art. 4. Variazioni di rischio
- Art. 5. Pagamento del premio
- Art. 6. Oneri Fiscali
- Art. 7. Foro competente
- Art. 8. Rinvio alle norme di legge

OGGETTO ASSICURATO

COSA È ASSICURATO

- Art. 9. Oggetto della garanzia
- Art. 10. Estensione garanzia Sacerdoti *Fidei Donum*

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

- Art. 11. Data di effetto e durata del contratto
- Art. 12. Estensione territoriale
- Art. 13. Rinuncia all'azione di rivalsa
- Art. 14. Effetto, validità e cessazione della garanzia

COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

- Art. 15. Limitazioni e rischi esclusi

OBBLIGHI E INTERVENTI NEI VARI CASI DI SINISTRO “COSA FARE IN CASO DI...”

- Art. 16. Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro
- Art. 17. Controversie
- Art. 18. Criteri di liquidazione
- Art. 19. Pagamento dell'indennizzo

TABELLA VALUTATIVA DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

GLOSSARIO



GLOSSARIO

“Per scegliere, devo capire.”

È giusto: per iniziare, ecco la raccolta dei termini – generali e specifici – presenti in queste condizioni di polizza, spiegati con linguaggio il più possibile chiaro.

Ti guideranno nella comprensione di ciò che hai acquistato: per avere certezze e fugare ogni dubbio.

Nel Glossario sono riportati i significati delle parole più importanti e ricorrenti utilizzate nelle condizioni contrattuali.

TERMINI PRESENTI NELLA POLIZZA

A

Assicurato

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione e cioè, i Vescovi, i Vescovi emeriti e i Sacerdoti secolari e religiosi che prestano servizio a tempo pieno in favore della rispettiva Diocesi e che sono compresi nel Sistema di Sostentamento del Clero, i Sacerdoti secolari compresi nel Sistema di Previdenza Integrativa ed Autonoma gestito dall'Istituto Centrale per il Sostentamento del Clero.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Assistenza

L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito dalla Società tramite la propria Struttura Organizzativa all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di un sinistro

D

Day – Hospital

Degenza senza pernottamenti in Istituti di cura pubblici o privati.

I

Indennizzo

MOD. SAN REVCLE 2 – ED. 12/2020

POLIZZA SANITARIA PER IL REVERENDO CLERO

La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico

Atto medico, praticato in istituto di cura o in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata a intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni.

Istituto di cura

Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate o meno con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati. Sono esclusi: gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, per la lunga degenza finalizzata alla riabilitazione in seguito ad un ricovero e/o intervento e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.

Limitatamente alle prestazioni di Assistenza a domicilio e Assistenza Ospedaliera sono assimilati agli Istituti di cura anche i centri residenziali di cure palliative (hospice).

IVASS (ex ISVAP)

L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore.

L'ente ha lo scopo di vigilare sull'operato delle imprese e dei soggetti, agenti e mediatori, che rientrano nel settore assicurativo privato italiano. Svolge la sua attività di controllo basandosi sulle direttive che il Governo ha disposto in materia di politica assicurativa e che sono riunite nel Codice delle Assicurazioni (DL 7 settembre 2005 n.209).

Istituito con la Legge n° 135 del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del D.L. n° 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42 della Legge n° 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative è da intendersi effettuato all'IVASS".

L

Lungodegenza

Ricovero di pazienti affetti da patologie non sufficientemente stabilizzate dal punto di vista clinico, che necessitano di una assistenza sanitaria e infermieristica continuativa presso ambiente ospedaliero, al fine di una stabilizzazione clinica e del raggiungimento di un maggior grado di autonomia.

M

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

P

Polizza

Il documento che comprova il contratto di assicurazione.

Premio

La prestazione in denaro dovuta dal contraente alla Società.

Protesi

MOD. SAN REVCL 2 – ED. 12/2020

POLIZZA SANITARIA PER IL REVERENDO CLERO

Artificio tecnico che ha lo scopo di sostituire la funzione di un organo o di migliorarne le prestazioni

R

Ricovero (Degenza)

La permanenza in un istituto di cura che comporti il pernottamento.

S

Scoperto

La parte di danno indennizzabile espressa in misura percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la garanzia.

Società o Compagnia

Si intende per definizione e in qualunque circostanza Cattolica Assicurazioni Soc. Coop.

Struttura Organizzativa

la struttura di IMA Servizi Scarl costituita da medici, tecnici, operatori in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno che, in virtù di specifica Convenzione, sottoscritta con IMA Italia Assistance, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato, ed organizza ed eroga le prestazioni previste in polizza

CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

NORME COMUNI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

ART. 1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

ART. 2 ALTRE ASSICURAZIONI

Eventuali rimborsi percepiti dall'Assicurato in virtù di altre polizze, anche se da lui non sottoscritte e/o pagate direttamente, non saranno presi in considerazione dalla Società.

ART. 3 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Eventuali modifiche all'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 4 VARIAZIONI DI RISCHIO



Il Contraente è tenuto a comunicare alla Società tutte le variazioni nel numero e nei dati anagrafici delle persone assicurate.

Alla fine di ogni mese, il Contraente deve comunicare tutte le variazioni in merito intervenute.

In attesa della predetta comunicazione, la Società estende comunque le garanzie previste dall'art.9 – Oggetto della garanzia alle persone che posseggono i requisiti di "assicurato" ai sensi di quanto indicato nella relativa definizione contenuta nel glossario, fino alla mensilità successiva.

La mancata comunicazione anche nella mensilità successiva comporta la decadenza dal diritto a qualsiasi indennizzo.

Nel caso di variazioni comportanti aumento di premio, il Contraente si impegna a corrispondere il relativo importo entro i 15 giorni dalla data di presentazione dell'appendice che verrà emessa dalla Società, " ai sensi di quanto indicato nella relativa definizione contenuta nel glossario, con l'applicazione, in difetto dell'art.1901 C.C.

Nel caso di variazione comportante diminuzione di rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente e/o Assicurato, ai sensi dell'art.1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 5 PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art.1901 del codice civile.

I premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Nel caso in cui il premio sia superiore a euro 12.500, il pagamento dovrà avvenire esclusivamente tramite bonifico bancario.



AVVERTENZA: in presenza di pagamento contestuale di più premi riferiti a contratti diversi, e quindi con un'unica operazione di pagamento, il cui importo sia superiore complessivamente a euro 12.500, lo stesso dovrà avvenire esclusivamente tramite bonifico bancario con le modalità sopra indicate.

ART. 6 ONERI FISCALI

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

ART. 7 FORO COMPETENTE

Foro competente, a scelta della parte attrice, può essere quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede la Società.

ART. 8 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

OGGETTO ASSICURATO

1 – COSA È ASSICURATO

ART. 9 OGGETTO DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha per oggetto il rimborso, nei limiti che seguono, delle spese conseguenti a:

- ricovero per intervento chirurgico;
- ricovero per cure mediche;
- prestazioni extra ospedaliere ambulatoriali elencate al successivo paragrafo 2);
- assistenza medica a domicilio, conseguenti a malattia, infortunio, stato di deperimento organico, con le modalità previste al successivo paragrafo 3);
- assistenza presso Istituto di cura;
- spese per acquisto di protesi;

L'assicurato avrà libera scelta, in Italia o all'estero, del medico curante, dell'Istituto di cura, dell'infermiere/a e della persona assistente a domicilio o presso l'Istituto di cura



1. RICOVERO

1.1) La Società risponde delle spese di ricovero reso necessario da malattia o infortunio.

Le spese di ricovero comprendono le spese di soggiorno, di utilizzo della sala operatoria, per esami di laboratorio, per esami radiologici, gli onorari dei medici e le spese infermieristiche prestate da personale della casa di cura, per medicinali e medicazioni prestate dal personale della casa di cura, per apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento. Sono escluse le spese connesse al conforto del degente durante il soggiorno nell'Istituto di cura, nonché quanto previsto al punto 5.1 "Lungodegenze".

Qualora si renda necessaria l'assistenza di personale esterno alla casa di cura, sarà onere della casa stessa certificare l'impossibilità di avvalersi di personale interno.

La garanzia è estesa alle spese di trasporto dell'assicurato, fino ad un massimo di **euro 5.165** per assicurato e per anno assicurativo, quando effettuato in ambulanza dal suo domicilio all'istituto di cura e viceversa, oltre che da un istituto di cura all'altro e alle spese di trasporto in ambulanza della salma dall'istituto di cura al suo domicilio.

Ogni tipo di spesa deve essere documentata secondo le vigenti normative fiscali.

1.2) La Società risponde delle spese sostenute, come indicate al punto 1.1) anche a seguito di intervento chirurgico effettuato in regime di *day hospital* o ambulatoriale.

1.3) Si intende compreso in garanzia il rimborso delle spese:

- conseguenti ad esami;
- acquisto di medicinali;
- prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche;
- trattamenti fisioterapici o rieducativi;
- cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera).

Le prestazioni dovranno risultare prescritte dal medico curante e documentate secondo le vigenti normative fiscali.

Le prestazioni infermieristiche saranno rimborsabili solo se prestate da personale abilitato ai sensi della vigente normativa ed in possesso di specifico diploma.

Il rimborso verrà corrisposto fino alla concorrenza del massimale di euro 5.165 per assicurato e per anno assicurativo e soltanto se sostenute nei 90 giorni successivi al ricovero e al *day hospital* con

intervento chirurgico, anche ambulatoriale e sempreché strettamente connesse alla patologia che le hanno rese necessarie.

1.4) È compreso in garanzia il rimborso delle spese conseguenti ad analisi ed esami diagnostici sostenute nei 45 giorni precedenti il ricovero o l'intervento chirurgico effettuato in regime *day hospital* o ambulatoriale, sempreché strettamente connesse e propedeutiche all'intervento chirurgico stesso.

Le prestazioni dovranno risultare prescritte dal medico curante e documentate secondo le vigenti normative fiscali. Relativamente a tali spese il rimborso verrà corrisposto fino alla concorrenza di un massimale di euro 5.165 per assicurato e per anno assicurativo.

1.5) Qualora, a seguito di ricovero indennizzabile ai sensi di polizza, l'Assicurato prosegua la sua permanenza presso una clinica in regime di "lungodegenza" (secondo la definizione contrattuale), ovvero le sue condizioni cliniche risultino stabilizzate, la Società rimborserà le spese indicate al precedente art. 1.1) per i primi 10 giorni di ricovero. Qualora dopo i primi 10 giorni risultasse necessaria la prosecuzione del ricovero ovvero un nuovo ricovero per differente patologia o per l'aggravamento della medesima patologia, la Società rimborserà le spese successive secondo quanto previsto al precedente art. 1.1). Le circostanze per l'ottenimento del nuovo rimborso dopo i primi 10 giorni, dovranno essere accertate da un medico legale della Società.



2. PRESTAZIONI EXTRA – OSPEDALIERE

La Società risponde delle spese per prestazioni extra-ospedaliere prescritte dal medico curante di seguito elencate:

- Ecografia, tac, elettrocardiografia, doppler, diagnostica radiologica, elettroencefalografia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, cobaltoterapia, chemioterapia, laserterapia, telecuore, dialisi, litotrissia, elettromiografia, holter;
- Indagini endoscopiche;
- Indagini computerizzate, limitatamente a quella di seguito elencate:
 - del campo visivo
 - topografica corneale
 - pachimetria
 - mineralometria ossea.

L'entità del rimborso corrisposto da parte della Società è pari all'ammontare complessivo delle spese rimborsabili sostenute in proprio dall'assicurato.



3. ASSISTENZA A DOMICILIO

Nel caso in cui l'assicurato, a seguito di malattia, infortunio o deperimento organico (per esempio dovuto all'età – senescenza), si trovi nell'impossibilità, anche temporanea, di esperire autonomamente le normali azioni della vita quotidiana (ad. esempio: vestizione, nutrizione, igiene personale, necessità fisiologiche), Cattolica provvederà a rimborsare le spese di assistenza personale a domicilio, prescritte da un medico; ovvero ad indennizzare una diaria forfettaria, secondo quanto specificato ai punti 3.1 e 3.2).

Tali prestazioni, alternative tra loro e non cumulabili, vengono riconosciute al raggiungimento del punteggio specifico di almeno 100, determinato dalla somma dei punteggi delle singole voci indicate nella tabella valutativa dell'assistenza domiciliare allegata alla presente polizza, secondo le determinazioni del medico legale incaricato dalla Società. Restano ferme le esclusioni di cui all'art. 15 "Limitazioni e ischi esclusi".

Il mancato raggiungimento di tale punteggio minimo, non può per alcuna ragione comportare il diritto all'assistenza.

L'assistenza può essere prestata da una o più persone terze ovvero tramite infermieri/e diplomati, ove si necessitino specifiche prestazioni eseguibili solo da personale abilitato.

È facoltà del Sacerdote avente diritto all'assistenza scegliere, indicandolo inizialmente nella lettera di denuncia del sinistro, quale regime adottare tra quelli indicati ai punti 3.1 o 3.2.

Tale scelta non sarà vincolante per l'intera durata del periodo in cui il Sacerdote avrà diritto all'assistenza, ma potrà essere effettuata di mese in mese, con riferimento al mese durante il quale il Sacerdote aveva diritto all'assistenza, e dovrà essere effettuata secondo quanto meglio specificato ai punti 3.1 e 3.2.

In mancanza di scelta espressa, ovvero di mancata o incompleta consegna della documentazione richiesta entro i termini di cui al punto 3.1, Cattolica indennizzerà il Sacerdote secondo quanto previsto al punto 3.2, senza alcuna possibilità di integrare il pagamento relativamente al mese già decorso e per il quale è già stato emesso il pagamento. Resta comunque facoltà del Sacerdote effettuare una nuova e diversa scelta per il/i mese/i successivo/i, purché in regola con i tempi previsti dal successivo articolo 3.1.

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 16 "Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro", i termini per la sola denuncia di sinistro per assistenza (indipendentemente dalla scelta di cui all'articolo 3.1 o 3.2, anche temporanea, sono ridotti a 45 giorni dalla data di accadimento dell'evento che ha reso necessaria l'assistenza. Per le denunce ricevute oltre i 45 giorni dall'evento che ha reso necessaria l'assistenza (fermi restando i limiti di 60 giorni, nonché il termine prescrizione, di cui al suddetto art. 16 "Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro", il sinistro verrà liquidato secondo il criterio di cui all'articolo 3.2. La facoltà di scelta tra i due criteri resta esclusa fino alla regolizzazione dei termini di cui all'articolo 3.1.

3.1) Rimborso spese per assistenza domiciliare:

La Società rimborsa le spese sostenute per assistenza personale a domicilio, qualora prescritte da un medico e previo raggiungimento del punteggio minimo di 100, determinato nella tabella valutativa. Restano ferme le esclusioni di cui all'art. 15 "Limitazioni e ischi esclusi".

Per l'insieme di tutte le prestazioni eventualmente rese in favore del Sacerdote avente diritto, la Società rimborsa il 100% delle spese sostenute e documentate in base alle vigenti normative fiscali, con il limite giornaliero di **euro 33** al giorno, anche nel caso in cui l'assistenza sia prestata congiuntamente da più persone o infermieri/e.

Il Sacerdote avente diritto al rimborso delle spese dovrà fornire la documentazione, in regola con le vigenti normative fiscali, attestante l'esborso in favore della persona che ha reso l'assistenza, entro il 15° giorno del mese successivo a quello cui si riferisce la richiesta di rimborso (a mero titolo esemplificativo: la documentazione relativa alle spese sostenute nel mese di gennaio dovrà inderogabilmente pervenire entro il 15 febbraio).

In caso di mancata ricezione entro il termine inderogabile previsto dal precedente capoverso, la richiesta di rimborso spese verrà automaticamente convertita in indennizzo, secondo i criteri previsti dal successivo punto 3.2.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia il proprio domicilio presso: Casa del Clero, Casa di riposo, Casa di accoglienza e di ospitalità in genere e si trovi nelle condizioni sopra descritte, la Società riconoscerà al Sacerdote esclusivamente l'importo come indicato al successivo punto 3.2 senza possibilità di differente scelta.

3.2) Indennizzo per il raggiungimento del punteggio minimo di cui alla tabella valutativa:

Qualora il Sacerdote scelga il criterio di indennizzo di cui al presente articolo, ovvero non effettui alcuna scelta specifica, ovvero non effettui una scelta entro i termini previsti dal precedente punto 3.1, ovvero invii la documentazione prevista dal precedente punto 3.1) oltre i termini o la invii incompleta, la Società liquiderà al Sacerdote la somma di **euro 22** al giorno, fino ad un massimo di **euro 682** al mese, per ogni mese in cui il Sacerdote avrà diritto all'assistenza domiciliare.

Nel caso in cui il Sacerdote abbia il proprio domicilio presso: Casa del Clero, Casa di riposo, Casa di accoglienza e di ospitalità in genere e si trovi nella condizione sopra descritta, la Società indennizzerà al Sacerdote l'importo giornaliero di **euro 21**, fino ad un massimo di **euro 630** al mese, per ogni mese in cui il Sacerdote avrà diritto all'indennizzo. Nell'ipotesi di domicilio presso uno degli istituti suddetti, l'unico criterio previsto sarà quello di cui al presente articolo.

Il beneficiario del pagamento è il Sacerdote ovvero, nel caso in cui risulti dichiarato incapace, il soggetto che ne fa le veci. L'incapacità del Sacerdote beneficiario deve essere dimostrata fornendo alla Società adeguata documentazione probatoria.

Il Sacerdote (o chi ne fa le veci) ha facoltà di designare, quale beneficiario del pagamento, l'Istituto ospitante. Tale designazione, che in nessun caso potrà essere considerata una cessione del credito, dovrà essere attestata mediante sottoscrizione da parte del Sacerdote (o di chi ne fa le veci) di autorizzazione al pagamento in favore dell'Istituto, con contestuale manleva della Società pagante, da eventuali pretese e/o azioni avanzate o promosse nei confronti di chiunque, in conseguenza del pagamento.

L'Istituto ospitante dovrà, in ogni caso, rilasciare precedentemente al pagamento:

- una dichiarazione con cui attesti la presenza del Sacerdote beneficiario presso la struttura;
- un regolare atto di quietanza ampiamente liberatorio con impegno formale a manlevare e garantire la Società assicuratrice pagante, dalle eventuali pretese e/o azioni che venissero avanzate e/o promosse nei confronti di chiunque, in conseguenza del pagamento effettuato a detto Istituto.

3.3) Assistenza temporanea

Nel caso in cui il Sacerdote si trovi nelle condizioni per cui abbia diritto all'assistenza per un periodo inferiore a 45 giorni, riceverà un importo pari a **euro 22** al giorno per il numero dei giorni in cui l'assistenza si è resa necessaria, secondo quanto stabilito dal medico fiduciario della Società.



4. ASSISTENZA OSPEDALIERA

La Società risponde delle spese di assistenza personale dell'assicurato durante il ricovero ospedaliero presso Istituti di cura a seguito di:

- Ictus cerebrale con paralisi anche parziale;
- Infarto acuto del miocardio;
- Tumore in fase terminale;
- Grandi interventi chirurgici come riportati nell'elenco allegato;
- Stato pre – agonico o di coma da qualsiasi causa determinato.

Per assistenza personale si intende la presenza costante al letto dell'infermo-assicurato da parte di una persona non appartenente all'organico dell'Istituto di cura.

L'operatività della prestazione è subordinata al rilascio di apposita certificazione, da parte dei medici dell'Istituto di cura presso il quale l'assicurato si trova ricoverato, attestante l'esistenza di una delle situazioni patologiche sopra elencate.

Per tale prestazione la Società rimborserà il 100% delle spese sostenute e documentate secondo le vigenti normative fiscali, **fino a un massimo importo giornaliero di euro 52 e per un periodo massimo di 60 giorni per ciascun anno assicurativo**. In alternativa, l'avente diritto potrà scegliere un rimborso forfettario pari a euro 36 al giorno, **per un massimo di 60 giorni**, non cumulabile con l'eventuale indennizzo di cui al punto 3.2:



5. RIMBORSO SPESE PER ACQUISTO PROTESI

La Società risponde delle spese sostenute dall'assicurato per l'acquisto e/o riparazione di apparecchi protesici resi necessari dagli eventi sotto descritti e nei limiti di seguito stabiliti:

Protesi articolate: sostitutive di un arto, sempreché prescritte dal medico curante e la cui applicazione si renda necessaria a seguito di amputazione di arto conseguente a malattia od infortunio. Il rimborso viene riconosciuto fino alla concorrenza di **euro 4.000** per ciascun assicurato e per anno assicurativo.

Protesi oculari: prescritte dal medico curante successivamente ad interventi chirurgici per cataratta, cheratocono o otticopatia (intesa come qualsiasi lesione del nervo ottico). Il rimborso viene riconosciuto fino alla concorrenza di **euro 775** per ciascun assicurato e per anno assicurativo,

Protesi acustiche: prescritte dal medico curante conseguenti a processi otosclerotici e lesioni traumatiche con deficit acustico uguale o superiore a 65 decibel sulla media frequenze di 500, 1000, 2000 Hz, previa esibizione di esame audiometrico vocale e tonale, impedenziometria effettuati presso struttura ospedaliera pubblica, con riserva comunque di visita di un medico legale della Società che ne attesti l'effettiva necessità. Il rimborso viene riconosciuto, fino alla concorrenza di **euro 2.000** per ciascun assicurato e per anno assicurativo, previa visita di un medico legale della Società, che ne attesti l'effettiva necessità.

Protesi dentarie: prescritte dal medico curante conseguenti a interventi chirurgici del cavo orale non odontoiatrici. In caso di infortunio accertato con referto di Pronto Soccorso, saranno rimborsate anche le spese dentarie conseguenti a parodontopatie.

Il rimborso sarà pari all'ammontare complessivo delle spese rimborsabili sostenute dall'assicurato.

Il pagamento di ogni prestazione relativa a tutti i punti precedenti verrà effettuato su presentazione della relativa prescrizione medica e documentazione emessa secondo le vigenti normative fiscali.

A favore di tali Assicurati è stabilito che la garanzia vale:

- in aggiunta alle prestazioni di cui all'art.9 "Oggetto della garanzia" punto 1, spetta all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute per il viaggio aereo di andata e ritorno resi necessari per raggiungere il paese dove si trova l'ospedale nel quale avviene il ricovero. Tale rimborso viene riconosciuto **dietro presentazione di certificazione rilasciata da una struttura ospedaliera del paese di missione che dichiari l'inadeguatezza delle strutture locali per la patologia sofferta dall'assicurato**. Il rimborso delle spese sostenute per il viaggio di ritorno nel paese di missione viene riconosciuto **se effettuato entro 15 giorni dalla data dichiarata dal medico curante come compatibile per affrontare il viaggio aereo**;

- in aggiunta alle prestazioni di cui all'art. all'art.9 "Oggetto della garanzia" punto 2, spetta all'assicurato il rimborso delle spese sostenute per ogni tipo di esame clinico e di laboratorio, terapie specialistiche e trattamenti medici.

Per le prestazioni di cui sopra, il rimborso delle spese sostenute è effettuato **fino alla concorrenza del massimale annuo a favore di ciascun assicurato di euro 7.747**.

Resta convenuto che, in caso di sinistro, qualora l'Assicurato si trovi all'estero, si intende delegato alla presentazione della denuncia, della relativa documentazione nonché alla definizione del sinistro, l'Ufficio Nazionale per la Cooperazione Missionaria tra le Chiese, operante presso la Conferenza Episcopale Italiana.

2 – CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. 11 DATA DI EFFETTO E DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto ha effetto dalle ore 24:00 del 31 dicembre 2019 per una durata di dodici mesi e si conclude alle ore 24:00 del 31 dicembre 2020 senza obbligo di disdetta:

ART. 12 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione è valida per il mondo intero.

ART. 13 RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

Limitatamente alle prestazioni conseguenti ad infortunio si conviene che, nel caso in cui l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art.1916 del codice civile.

ART. 14 EFFETTO, VALIDITÀ E CESSAZIONE DELLA GARANZIA

La Società assicura il rimborso delle spese sostenute durante la data di effetto del presente contratto, anche se relative a ricoveri o a stati di deperimento organico verificatisi in un periodo precedente.

Alla data di inizio del contratto, il Contraente trasmetterà alla Società l'elenco nominativo degli Assicurati, la loro data di nascita e l'indirizzo.

Alla fine di ogni mese, il Contraente deve comunicare tutte le variazioni in merito intervenute (vedi art. 4 "Variazioni del rischio").

In attesa della predetta comunicazione, la Società estende la garanzia ai Sacerdoti che presentino una attestazione del proprio Ordinario Diocesano dalla quale risulti la decorrenza del loro diritto a partecipare ai sistemi gestiti dall'Associato.

3 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. 15 LIMITAZIONI E RISCHI ESCLUSI

LA GARANZIA NON È OPERANTE PER:

1. le malattie mentali puramente psichiche e funzionali (si intendono, pertanto, comprese le manifestazioni secondarie a malattie organiche quali l'arteriosclerosi e similari);
2. gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (sono compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);
3. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
4. le prestazioni aventi finalità estetiche ad eccezione degli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva, resi necessari da infortunio;
5. le protesi dentarie, escluso quanto riportato all'art. 9 "Oggetto della garanzia" punto 5 "Protesi dentarie", le cure dentarie e le parodontopatie salvo quanto previsto dall'articolo 9, n. 5;
6. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, macchine acceleratrici, ecc.);
7. le conseguenze di guerra;
8. le conseguenze di insurrezioni o movimenti popolari qualora, prendendone parte, l'Assicurato abbia infranto le leggi in vigore;
9. le conseguenze di risse, salvo il caso di legittima difesa;

OBBLIGHI E INTERVENTI NEI VARI CASI DI SINISTRO

“COSA FARE IN CASO DI”

TANTE
SCELTE,
QUALI
DOVERI?

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO:

- SUBITO
- DOPO
- DA SOLI
- CON L'AGENTE

ART. 16 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

? IN CASO DI SINISTRO IL CONTRAENTE O L'ASSICURATO DEVONO:

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Società e all'Istituto Centrale Sostentamento del Clero (via Aurelia 796, Roma), entro sessanta giorni da quando ne ha avuto conoscenza.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art.1915 del codice civile.

L'Assicurato inoltre:

- a) in caso di infortunio che comporti ricovero ospedaliero o necessità di assistenza domiciliare costante prevista dall'art.9 “Oggetto della garanzia” punto 3 deve comunicare la data dell'infortunio, il luogo dell'accadimento, le relative circostanze e, laddove possibile, i nomi degli eventuali testimoni ed autorità intervenute;
- b) in caso di ricovero e, se possibile, prima del suo ingresso nell'Istituto di cura, deve informare la Società tramite questionario all'uopo predisposto;

In tutti i casi la Società si riserva il diritto di pretendere che l'Assicurato produca le informazioni concernenti l'infortunio o la malattia ed il trattamento terapeutico prescritto. Le informazioni riservate possono essere inviate con plico sigillato direttamente al medico indicato dalla Società. La Società può ugualmente, a proprie spese, far sottoporre a visita medica l'Assicurato tramite un medico di proprio gradimento e richiedere all'Istituto di cura la documentazione medica ritenuta necessaria.

L'assicurato è obbligato a sottoporsi a visita, sotto pena di decadenza della garanzia.

Tuttavia, con riferimento alla prestazione prevista dall' dell'art.9 “Oggetto della garanzia”, punto 3 “Assistenza a domicilio”, qualora entro 75 giorni dalla data di apertura del sinistro non pervenisse all'Assicurato l'esito dell'accertamento medico-legale eseguito nei suoi confronti, la Società sarà comunque tenuta a corrispondere automaticamente, dopo la scadenza della predetta data, quanto previsto dalle condizioni di polizza.

Se dall'accertamento medico-legale successivamente pervenuto all'Associato risultasse che non esistono le condizioni che danno diritto al pagamento del sinistro, non saranno più rimborsate le spese di assistenza

sostenute o non sarà più riconosciuta l'indennità prevista per i periodi successivi alla data di ricezione del predetto accertamento, fatta salva l'acquisizione delle somme fino ad allora corrisposte.

L'Assicurato comunque è obbligato a sottoporsi alla suddetta visita medico-legale ed agli esami connessi, sotto pena di decadenza dalla garanzia. L'Assicurato può comunque richiedere la presenza del proprio medico curante.

Qualora ne ricorra l'esigenza, la Società potrà richiedere all'Assicurato di produrre copia della cartella clinica o di altra documentazione medica rilasciata dall'Istituto di cura.

La prescrizione di cui all'art. 2952 del codice civile è biennale

ART. 17 CONTROVERSIE

In caso di disaccordo su questioni di carattere medico aventi influenza sul diritto all'indennizzo, la Società e l'Assicurato si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

La Società si impegna a designare il proprio medico entro 45 giorni dalla data di ricevimento della raccomandata (da inviare presso la Società e l'Istituto Centrale Sostentamento del Clero, via Aurelia 294 Roma) con la quale l'Assicurato ha comunicato il nominativo del medico incaricato.

Nel caso in cui il predetto termine non venga rispettato dalla Società, l'indennità di assistenza a domicilio, prevista dall'art.9 "Oggetto della garanzia" punto 3, verrà comunque erogata fino alla pronuncia definitiva del Collegio Medico. Qualora la richiesta verta sul rimborso delle spese sostenute, la controversia si intende invece definitivamente risolta in senso favorevole all'Assicurato.

ART. 18 CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato su presentazione degli originali o di copia conforme, delle relative distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

L'indennizzo delle spese sostenute per l'assistenza medica a domicilio viene effettuato, a presentazione della documentazione di cui sopra, con periodicità mensile.

A richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce la predetta documentazione previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato non sia in possesso dell'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termine del presente contratto dietro dimostrazione delle spese sostenute.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

La gestione delle richieste di rimborso comprende, altresì, i pagamenti diretti agli Istituti di cura nonché eventuali acconti o impegnavative, a richiesta dell'Assicurato.

ART. 19 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Il pagamento delle somme dovute all'Assicurato verrà effettuato tramite l'Associato, che rilascerà quietanza degli importi ricevuti, con impegno formale di manlevare e garantire la Società dalle eventuali pretese o azioni che venissero avanzate e/o promosse nei confronti di quest'ultima.

La Società, fatta salva l'ipotesi di richiesta dell'interessato prevista al precedente art. 18 "Criteri di liquidazione", conserva definitivamente i dossier e le note che le sono state trasmesse.



Ricorso agli Istituti di cura convenzionati – pagamento diretto delle prestazioni

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, si rivolga ad una delle strutture elencate nell'allegato A), in caso di ricovero o day hospital in regime di gestione in convenzione, potrà rivolgersi direttamente alla struttura convenzionata dopo aver preventivamente contattato, a scelta, la Centrale Operativa di seguito indicata:



*in alternativa o dall'estero il cliente potrà contattare l'operatore al numero
+ 39 02 24128570*

(costo della chiamata a carico del cliente in base alle tariffe dell'operatore telefonico utilizzato)

Il servizio è attivo nelle seguenti fasce orarie (eccetto festivi):

- Lun.-Ven. 8.00-18.00
- Sab. 8.00-12.00

Attraverso questi numeri il cliente potrà ottenere:

- supporto per la corretta gestione di prestazioni dirette e richieste di rimborso
- informazioni sul proprio piano assicurativo e sullo stato di gestione di pratiche

Per l'erogazione di prestazioni di assistenza alla persona (Ramo Ministeriale 18) dedicate agli Assicurati che si trovi in stato di urgenza sanitaria rimane sempre disponibile la Centrale operativa attiva 24/7, accessibile al numero 800 572 572 (tasto 1).

- **E-mail:** centrale.salute@imaitalia.it

La Centrale Operativa verificherà la titolarità del diritto da parte dell'Assicurato alla erogazione delle prestazioni previste dalle condizioni di assicurazione e ne comunicherà, telefonicamente o con e-mail, l'esito all'Assicurato. La Centrale Operativa provvederà ad autorizzare la struttura ad erogare la prestazione richiesta; le spese relative al ricovero verranno pagate alla struttura sanitaria, al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali che restano sempre a carico dell'Assicurato.

Restano a carico dell'Assicurato le spese relative a prestazioni non garantite dal contratto, le spese eccedenti il massimale assicurato e le spese non autorizzate dalla Centrale Operativa.

Qualora il ricovero o l'intervento chirurgico venga effettuato in una struttura convenzionata, ma da parte di personale non convenzionato, l'Assicurato dovrà sostenere direttamente le spese relative alla prestazione del personale non convenzionato e richiederne il rimborso secondo le modalità previste dalle condizioni di assicurazione.

La Società si impegna ad aggiornare tempestivamente l'Associato di ogni modifica relativa all'elenco delle case di cura convenzionate.

C. Esclusioni

La prestazione in oggetto non opera:

- **nel caso in cui l'assicurato abbia sottoscritto volontariamente le dimissioni contro il parere del medico curante sul posto;**
- **in caso di malattie infettive, se il trasporto dell'assicurato comporta la violazione delle norme nazionali o internazionali in materia.**

Il presente allegato è stato redatto in quattro esemplari ad un solo effetto in Verona il 31 dicembre 2020

CATTOLICA ASSICURAZIONI L'ASSOCIATO

IL CONTRAENTE

Società Cooperativa

Il sottoscritto, con riferimento a quanto disposto dall'art.1341 del C.C. dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli che regolano l'assicurazione:

Art. 3 Modifiche dell'Assicurazione

Art. 11 Data di effetto e durata del contratto

Art. 14 Effetto validità e cessazione della garanzia

Art. 16 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

IL CONTRAENTE

TABELLA VALUTATIVA DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

Capacità Motorie

- autonoma 0
- deambulazione con presidi 20
- spostamenti possibili solo in carrozzella 50
- permanente allettamento 100

Funzione Visiva

- conservata 0
- visus residuo compatibile con autonomia in ambiente protetto 25
- cecità totale o residui visivi non utilizzabili 100

Vestizione

- autonoma 0
- parzialmente autonoma 15
- non autonoma 30

Alimentazione

- autonoma 0
- non autonoma (necessità di assistenza durante l'alimentazione orale) 30
- alimentazione parentale o con sondino naso-gastrico 50

Igiene personale

- autonoma 0
- ha necessità di assistenza per lavarsi e per l'igiene intima 20

Continenza / Incontinenza

- controlla autonomamente la funzionalità degli sfinteri 0
- non controlla gli sfinteri necessitando di presidi sanitari (pannolone e/o catetere e/o stomia) 30

Stato psichico e funzioni intellettive

Orientamento spazio-temporale

- presente 0
- parzialmente o saltuariamente assente 10
- totalmente o permanentemente assente 100

Memoria

- presente 0
- parzialmente assente 10
- assente 100

Capacità di valutare le conseguenze delle proprie azioni

- presente 0
- parzialmente assente 10
- assente 100

Capacità di instaurare rapporti interpersonali

- presente 0
- parzialmente assente 10
- assente 100

Stato di agitazione psicomotoria

- presente 0
- saltuaria 10
- persistente 100

Stato di completa apatia

- presente 0
- saltuaria 10
- persistente 100

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

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 singolo e doppio.*
- *Impianto di pace-maker epicardico.*
- *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.*
- *Trapianto del cuore.*

Collo

- *Tiroidectomia parziale o totale per neoplasie maligne.*
- *Intervento per gozzo retrosternale con mediastinoma.*

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.*
- *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.*
- *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.*
- *Vagotomia per via toracica.*

Esofago

- *Collocazione di protesi endoesofagea.*
- *Interventi non endoscopici nell'esofagite, nell'ulcera esofagea, nell'ulcera peptica e nell'ulcera gastrica.*
- *Interventi per diverticolo dell'esofago.*
- *Resezione dell'esofago parziale.*
- *Resezione totale esofagea.*
- *Operazione sull'esofago per stenosi benigne o per tumori.*

Faccia e bocca

- *Asportazione della parotide per neoplasie maligne.*
- *Fratture dei mascellari superiori trattate chirurgicamente.*
- *Fratture del condilo e dell'apofisi coronoide mandibolare trattate chirurgicamente.*
- *Interventi demolitivi per neoplasie maligne o benigne del massiccio facciale, lingua, pavimento orale e della tonsilla.*
- *Plastica per paralisi del nervo facciale.*
- *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 (colecisto-gastrotomia, colecisto-enterostomia).
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Trapianto del fegato.

Apparato genitale

- Eviscerazione pelvica.
- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.

Laringe

- Faringolaringectomia.
- Laringectomia parziale o totale.

Oculistica

- Iridocicloretrazione.
- Trabeculectomia.
- Trapianto corneale.

Ortopedia e traumatologia

- Artroprotesi di anca.
- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomia.
- Artroprotesi di ginocchio.
- Protesi di spalla e gomito.
- Protesi di polso.
- Protesi di ginocchio.
- Vertebroplastica.
- Interventi chirurgici per neoplasie ossee maligne.
- Interventi di stabilizzazione vertebrale.

Otorinolaringoiatria

- Chirurgia della sordità otosclerotica.
- Chirurgia endoauricolare della vertigine.
- Chirurgia translabyrinthica della vertigine.
- Decompressione del nervo facciale.
- Timpanoplastica.
- Impianto di protesi cocleare.
- Intervento chirurgico per neurinoma del VIII nervo cranico.
- Interventi chirurgici per tumori glomici.

Pancreas e milza

- Anastomosi mesenterica-cava.
- Anastomosi porta-cava e spleno-renale.
- Interventi demolitivi del pancreas per neoplasie maligne.
- Interventi per pancreatite acuta e cronica.
- Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas:
- Interventi di fistole pancreatiche.
- Splenectomia.

Peritoneo e intestino

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

Retto

- Amputazione del retto.

Stomaco e duodeno

- Gastrectomia parziale o totale.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.
- Resezione gastro-digiunale.

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.
- Pleuro pneumectomia.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Resezioni segmentarie polmonari e lobectomia.
- Trapianto polmonare.

Urologia

- Intervento per fistola vescico-rettale.
- Cistectomia totale.
- Ileocisto plastica.
- Intervento per fistola vescico-intestinale.
- Nefrectomia parziale per neoplasia maligna.
- Nefroureterectomia totale.
- Trapianto del rene.
- Interventi di prostatectomia radicale per neoplasia maligna.

Vasi

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: arterie carotidi, arterie vertebrali, tronco brachiocefalico, arterie 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.
- Interventi chirurgici per aneurismi dell'aorta.