



*In partnership con*



**Prodotto Rimborso Spese Mediche**

**Linea Azienda**

**Documento Informativo**

## ASSICURAZIONE COLLETTIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE

### Documento Informativo Precontrattuale relativo al prodotto assicurativo (DIP Danni)

Impresa: Afi-Esca Iard S.A.



Prodotto: POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE EUCALIPTO LINEA AZIENDA  
Edizione 01/2026

Le informazioni fornite in questo documento rappresentano un riassunto delle caratteristiche principali e delle esclusioni di polizza e non sono parte del contratto in essere tra le Parti. L'informativa contrattuale e pre-contrattuale completa del prodotto sarà fornita con i documenti di polizza.

#### Che tipo di assicurazione è?

L'assicurazione collettiva prevede il rimborso delle spese sanitarie sostenute dagli assicurati in conseguenza di infortunio o malattia, secondo l'opzione di garanzia prescelta.



#### Cosa è assicurato?

Oggetto della presente polizza è l'assicurazione del rimborso delle spese sanitarie sostenute dagli assicurati in conseguenza di infortunio o malattia.

##### A) GARANZIE OSPEDALIERE

- A).1 Ricovero in Istituto di cura con o senza Intervento Chirurgico
- A).2 Raddoppio del massimale per "Grandi interventi Chirurgici"
- A).3 Intervento Chirurgico per Correzione Difetti Visivi
- A).4 Indennità sostitutiva

##### B) GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE

- B).1 Alta Diagnostica
  - B).1.1 Terapie di Alta Specializzazione E Malattie Oncologiche
  - B).1.2 Ospedalizzazione Domiciliare per Malattia Terminale
- B).2 Diagnostica Diversa Da Alta Specializzazione
- B).3 Visite Specialistiche
- B).4 Medicina alternativa o complementare -Trattamenti osteopatici
- B).5 Assistenza Infermieristica a Domicilio
- B).6 Cure Dentarie
- B).7 Lenti
- B).8 Ticket

##### Garanzie aggiuntive

- ✓ Forma integrativa
- ✓ Check Up Clinico:
- ✓ Diaria



#### Cosa non è assicurato?

L'assicurazione non è operante per:

- ✓ la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere;
- ✓ le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
- ✓ le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità;
- ✓ i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza;
- ✓ il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso di stupefacenti o di allucinogeni;
- ✓ gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi;
- ✓ pratica da parte dell'Assicurato di sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi;
- ✓ gli Infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato e dal Contraente;
- ✓ le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- ✓ le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezione popolare, nonché le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche inondazioni, alluvioni e maremoti;
- ✓ le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale. Sono altresì escluse le prestazioni di routine e/o controllo;
- ✓ le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti;
- ✓ le prestazioni dietologiche, i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata);
- ✓ la correzione dei vizi di rifrazione quali ad esempio: miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia, fatto salvo quanto previsto all'Art. 2.1, A)3;
- ✓ trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico;
- ✓ i ricoveri in RSA, in strutture per lunga degenza, le cure termali, i ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona;
- ✓ le prestazioni determinate da patologie correlate all'infezione da all'HIV e sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- ✓ le protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici,
- ✓ le spese per amniocentesi o villocentesi;
- ✓ le prestazioni sanitarie di logopedia;
- ✓ gli infortuni conseguenti ad incidente di volo;
- ✓ gli infortuni in seguito alla manipolazione di materiale pirotecnico e uso o produzione di esplosivi;
- ✓ aborto volontario non terapeutico.



### Ci sono dei limiti alla copertura?

Le garanzie prevedono limiti di indennizzo specifici per alcune coperture, franchigie e scoperti che sono contenuti nelle condizioni di assicurazione.

- Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentali, tossicodipendenza, delirium tremens, alcoolismo
- L'assicurazione può essere stipulata per la prima volta solo per gli Assicurati che abbiano un'età pari o inferiore a 70 anni. L'Assicurazione può essere rinnovata fino al raggiungimento dell'80° anno di età dell'Assicurato. Si precisa che al compimento del 76° anno di età di ogni Assicurato verrà nuovamente richiesta la compilazione e la sottoscrizione del Questionario di buona salute.



### Dove vale la copertura

- L'assicurazione vale per il mondo intero. Gli indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in Euro.



### Che obblighi ho?

- Dare informazioni veritiere e corrispondenti al vero. Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia, tali per cui la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto a ricevere l'indennizzo in conseguenza di un Sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.
- Dichiarare o comunicare alla Compagnia l'eventuale aggravamento del rischio verificatosi in corso di validità contrattuale.



### Quando e come devo pagare?

- Il premio stabilito si intende comprensivo di imposte. Esso è riportato in polizza ed è commisurato al prodotto scelto. Il premio stabilito viene versato dal Contraente in via anticipata per tutti i nominativi inizialmente comunicati ed è dovuto per intero.
- Il pagamento del premio deve sempre esser versato a favore del Distributore delegato all'incasso. Il premio corrisposto al Distributore delegato all'incasso si considera come effettuato alla Compagnia.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La decorrenza e la scadenza della copertura assicurativa sono indicate in Polizza.



### Come posso disdire la polizza?

- In mancanza di disdetta data da una delle Parti Contraenti con lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per una durata uguale a quella originaria, esclusa la frazione di anno.

# Assicurazione Collettiva *rimborso spese mediche*

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni  
(DIP aggiuntivo Danni)



Prodotto: *Polizza Rimborso Spese Mediche Eucalipto - Linea Azienda*

<DIP Aggiuntivo Danni di ultima pubblicazione>  
14/01/2026

## Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

## Società

**AFI ESCA IARD S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, Foro Buonaparte, n. 51; CAP 20121; Milano, tel. 02 58.32.48.45; sito internet: [www.afi-esca.it](http://www.afi-esca.it); e- mail: [informazioni@afi-esca.com](mailto:informazioni@afi-esca.com); PEC: [afi-esca-iard@legalmail.it](mailto:afi-esca-iard@legalmail.it)**

*AFI ESCA IARD S.A. è una impresa di assicurazione di diritto francese, con sede legale e direzione generale in Quai Kléber, 2, 67000 Strasburgo (Francia), soggetta a direzione e coordinamento di AFI ESCA S.A. e sottoposta alla vigilanza dell'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).*

*AFI ESCA IARD S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, è iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102.*

*AFI ESCA IARD S.A. ha un Patrimonio Netto pari a 4.916.000 € di cui 5.000.010 € è il capitale sociale e 68.519,95 € è il totale delle riserve patrimoniali.*

*L'indice di solvibilità, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 184% per la gestione vita e al 169% per la gestione danni.*

*Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SCFR) disponibile sul sito internet dell'impresa [www.afi-esca.com/afi-esca-rapports-sur-la-solvabilite-et-la-situation-financiere](http://www.afi-esca.com/afi-esca-rapports-sur-la-solvabilite-et-la-situation-financiere).*

Al contratto si applica la legge italiana.

## Prodotto



### Che cosa è assicurato?

Le garanzie operano, se riportate nella Scheda di Polizza e se è stato corrisposto il relativo premio, nei limiti indicati nelle diverse Tavole Sinottiche e in ogni caso nei limiti delle somme assicurate, degli scoperti e delle franchigie indicati in Polizza. Il Contraente può scegliere di estendere le coperture assicurative sottoscrivendo le seguenti Condizioni Facoltative: Forma Integrativa; Check Up Clinico e Diaria.



### Che cosa NON è assicurato?

#### Rischi esclusi

Non sono presenti informazioni aggiuntive rispetto al DIP Danni



### Ci sono limiti di copertura?

Se il numero complessivo degli Assicurati con il presente contratto è inferiore o pari a 10, è prevista l'applicazione di un periodo di carenza e le garanzie decorreranno dalle seguenti date:

- dalla data di effetto dell'assicurazione per gli Infortuni verificatisi successivamente alla Data di Decorrenza della Copertura;
- dopo 30 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per le malattie;
- dopo 30 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per le visite mediche specialistiche e gli Accertamenti Diagnostici extra ricovero;
- dopo 60 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per l'Aborto Terapeutico e le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio;
- dopo 150 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per le spese dentarie;
- dopo 180 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per le malattie pregresse;
- dopo 300 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per il parto.

Se il numero degli Assicurati è superiore a 10, non è prevista l'applicazione di alcun periodo di carenza.



### A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle Aziende ed agli Imprenditori che intendono garantire una copertura assicurativa per il rimborso delle spese mediche per i propri Amministratori, Dirigenti, Funzionari, Impiegati, Consulenti etc. (e relativi nuclei familiari) stabilmente residenti in Italia, o comunque ai soggetti che vogliono assicurare un insieme di persone per il rimborso delle spese mediche.



### Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione

La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 25% sul Premio imponibile – al netto delle imposte.

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>All'impresa assicuratrice</b> | Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto ovvero a mezzo posta elettronica a: AFI ESCA IARD S.A. - Foro Buonaparte, 51 – 20121, Milano Tel.: +39 02.583.248.45 - e-mail: <a href="mailto:reclami@afi-esca.com">reclami@afi-esca.com</a><br>La Compagnia gestisce il reclamo dandovi riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo.   |
| <b>All'IVASS</b>                 | In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a><br>Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> L'Autorità di Vigilanza del Paese di origine di AFI ESCA IARD è l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito: <a href="http://www.acam-france.fr/rerelations-assures">www.acam-france.fr/relations-assures</a> |

**PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):**

|  |   |
|--|---|
| <b>Arbitro Assicurativo</b><br><br><b>OPPURE</b><br><br><b>diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET</b> | Presentando ricorso:<br><br>- all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso ( <a href="http://www.arbitroassicurativo.org">www.arbitroassicurativo.org</a> ) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile<br><br>oppure<br><br>- al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215. |
| <b>Mediazione</b>  | Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/8/2013, n. 98).   |
| <b>Negoziazione Assistita</b>  | Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.   |
| <b>Altri sistemi di risoluzione delle controversie</b>   | Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, individuabile accedendo al sito Internet: <a href="https://ec.europa.eu/info/file/finnet-complaint-form_it">https://ec.europa.eu/info/file/finnet-complaint-form_it</a><br>Resta comunque salva la facoltà di adire direttamente l'Autorità Giudiziaria.  |

## REGIME FISCALE

|   |  |
|---|--|
| <b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b> | I premi sono soggetti all'applicazione dell'aliquota del 2,5% sul premio imponibile. |
|---|--|



# Polizza Rimborso Spese Mediche Eucalipto Linea Azienda

Managed by  
**H2O**  
Bespoke Underwriting

Pagina in bianco



**AFI ESCA IARD S.A.** - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51- 20121 Milano (MI).  
Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: [informazioni@afi-esca.com](mailto:informazioni@afi-esca.com); Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo,  
Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese  
di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102 - P. IVA. e C.F. 07906760967 e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.

[www.afi-esca.it](http://www.afi-esca.it)

## Indice

### Glossario

#### Sezione 1 | Condizioni Generali di Assicurazione

|           |   |         |
|-----------|---|---------|
| Art. 1.1  | Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio                   | pag. 10 |
| Art. 1.2  | Periodo di carenza  | pag. 10 |
| Art. 1.3  | Continuità  | pag. 10 |
| Art. 1.4  | Decorrenza contrattuale - Pagamento del premio                        | pag. 10 |
| Art. 1.5  | Tacito rinnovo del contratto  | pag. 11 |
| Art. 1.6  | Determinazione del Premio   | pag. 11 |
| Art. 1.7  | Identificazione delle persone assicurate e variazione in corso d'anno | pag. 11 |
| Art. 1.8  | Modifica dell'assicurazione   | pag. 11 |
| Art. 1.9  | Variazioni di rischio   | pag. 11 |
| Art. 1.10 | Oneri fiscali   | pag. 12 |
| Art. 1.11 | Assicurazione per conto di chi spetta                                 | pag. 12 |
| Art. 1.12 | Foro competente e procedimento di Mediazione                          | pag. 12 |
| Art. 1.13 | Altre assicurazioni   | pag. 12 |
| Art. 1.14 | Clausola Broker   | pag. 12 |
| Art. 1.15 | Rinuncia alla rivalsa   | pag. 12 |
| Art. 1.16 | Legge applicabile e rinvio  | pag. 12 |

#### Sezione 2 | Garanzie assicurate

|          |                            |         |
|----------|----------------------------|---------|
| Art. 2.1 | Oggetto dell'assicurazione | pag. 13 |
|----------|----------------------------|---------|

#### Sezione 3 | Esclusioni e limitazioni

|          |                     |         |
|----------|---------------------|---------|
| Art. 3.1 | Esclusioni          | pag. 17 |
| Art. 3.2 | Limiti di età       | pag. 18 |
| Art. 3.3 | Limiti territoriali | pag. 18 |

#### Sezione 4 | Forma integrativa

|          |  |         |
|----------|--|---------|
| Art. 4.1 | Forma integrativa FASI-FASDAC-FAIT-QUAS e/o altri fondi sanitari di categoria previsti dal CCNL di settore | pag. 19 |
|----------|--|---------|

#### Sezione 5 | Check up clinico

|          |                  |         |
|----------|------------------|---------|
| Art. 5.1 | Check up clinico | pag. 20 |
|----------|------------------|---------|

#### Sezione 6 | Sezione diaria

|          |        |         |
|----------|--------|---------|
| Art. 6.1 | Diaria | pag. 21 |
|----------|--------|---------|

#### Sezione 7 | Norme in caso di Sinistro

|            |  |         |
|------------|--|---------|
| Art. 7.1   | Obblighi in caso di sinistro                                     | pag. 22 |
| Art. 7.1.1 | Garanzie Ospedaliere ed Extraospedaliere                         | pag. 22 |
| Art. 7.1.2 | Garanzia Diaria Ospedaliera e Convalescenza                      | pag. 23 |
| Art. 7.1.3 | Garanzia check up  | pag. 23 |
| Art. 7.2   | Pagamento dell'Indennizzo e richiesta di rimborso tramite upload | pag. 24 |
| Art. 7.3   | Reclami  | pag. 24 |

#### Allegato 1 | Grandi interventi chirurgici

#### Allegato 2 | Diagnostica e terapie di alta specializzazione

#### Allegato 3 | Quadri sinottici



## Glossario

Nel testo si designa con la parola (in ordine alfabetico):

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Aborto Terapeutico:</b>           | Interruzione volontaria della gravidanza provocata da determinati trattamenti medici al fine di preservare la salute della madre o di evitare lo sviluppo di un feto segnato da malformazioni o gravi patologie, effettuata nel rispetto di quanto disposto dalla legge italiana.                        |
| <b>Accertamento/i Diagnostico/i:</b> | Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una Malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.  |
| <b>Agente:</b>                       | H2O s.r.l., cui è riservata la distribuzione del Contratto di Assicurazione.   |
| <b>Assicurato/Assistito:</b>         | La persona nell'interesse della quale è stipulato il contratto, nonché titolare del diritto all'eventuale indennizzo. Per Assicurati si intendono i dipendenti o i soggetti che abbiano un rapporto di collaborazione con il Contraente, nonché i relativi Nuclei familiari.                             |
| <b>Assistenza Infermieristica:</b>   | Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.   |
| <b>Assistenza Medica:</b>            | L'assistenza prestata, nelle modalità standard previste dall'Istituto di Cura, da persona fornita di specifica qualifica professionale.  |
| <b>Compagnia/Società:</b>            | L'impresa di assicurazione. È l'impresa autorizzata all'esercizio dell'attività di assicuratore, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.   |
| <b>Contraente:</b>                   | La persona giuridica che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del premio.  |
| <b>Convalescenza:</b>                | Il periodo dopo la dimissione dall'Istituto di cura che comporti una inabilità temporanea  |
| <b>Data Decorrenza Copertura:</b>    | Dalla data alla quale viene sottoscritto il contratto se contestuale al pagamento del premio alla firma, altrimenti data alla quale viene effettuato il pagamento.   |
| <b>Day Hospital:</b>                 | Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da Cartella Clinica con Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso. |
| <b>Data Sinistro:</b>                | Data in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato il ricovero, l'intervento chirurgico in day hospital o in ambulatorio; per le prestazioni extra ricovero, la data della prima prestazione sanitaria erogata.  |
| <b>Day Surgery:</b>                  | Degenza in istituto di cura senza pernottamento e comportante intervento chirurgico terapeutico, con redazione di Cartella Clinica con Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).  |
| <b>Degenza Domiciliare:</b>          | La Convalescenza trascorsa a domicilio su prescrizione risultante da certificato medico.   |
| <b>Diaria da ricovero:</b>           | Garanzia che consiste nel versamento di una somma, da parte dell'Assicuratore, per ogni giorno di degenza in istituti di cura dovuta a Infortunio o Malattia.  |



AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51 - 20121 Milano (MI). Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102 - P. IVA. e C.F. 07906760967 e numero di Iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.

[www.afi-esca.it](http://www.afi-esca.it)

|   |  |
|---|--|
| <b>Difetto Fisico:</b>                      | Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite e/o derivante da anomalia congenita, ovvero menomazione clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.  |
| <b>Esclusioni:</b>                          | Rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.  |
| <b>Evento:</b>                              | L'insieme di tutte le prestazioni per le garanzie di day hospital ed extraospedaliere effettuate per la stessa patologia e sostenute entro la data della scadenza della presente polizza; il singolo ricovero con degenza notturna costituisce invece un evento a sé stante, anche se relativo alla medesima patologia di un altro precedente ricovero dello stesso tipo.  |
| <b>Franchigia:</b>                          | La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato.  |
| <b>Grandi Interventi:</b>                   | Sono gli interventi così come definiti nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992.  |
| <b>Indennità/Rimborso:</b>                  | Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.  |
| <b>Indennità Sostitutiva:</b>               | Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso.   |
| <b>Infortunio:</b>                          | L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.  |
| <b>Intervento Chirurgico Ambulatoriale:</b> | L'intervento di chirurgia, effettuato senza ricovero - anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia e/o qualsiasi indagine/prestazione diagnostica che preveda il prelievo di un frammento di tessuto o di organo per l'esame istologico a scopo diagnostico -, compresa la chirurgia orale (con esclusione di materiale protesico) che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.   |
| <b>Intervento Chirurgico:</b>               | L'atto medico realizzato in Strutture Sanitarie regolarmente autorizzate da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Non sono considerati Interventi chirurgici né le riduzioni incruente di fratture e lussazioni, né gli Accertamenti Diagnostici o di controllo, anche quando invasivi o comportanti prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e/o per l'introduzione di idoneo strumento all'interno dell'organismo. Non sono altresì considerati interventi chirurgici i soli trattamenti sanitari a scopo terapeutico, quali cure oncologiche o somministrazione di qualsivoglia medicinale, anche tramite cruentazione dei tessuti. |
| <b>Intramoenia:</b>                         | Prestazioni sanitarie erogate individualmente o in équipe da professionista medico, dipendente da una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per la scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria. Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede)  |



- Istituto di Cura:** L'ospedale pubblico, l'istituto universitario, la clinica o casa di cura privata regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza o lunga degenza, di soggiorno o di riposo per la cura di anziani o malati cronici, nonché le cliniche della salute e quelle aventi finalità estetiche, dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, e le residenze sanitarie assistenziali.
- IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.
- Liquidazione In Forma A Rimborso:** L'Assicurato sostiene in proprio tutte le spese relative alle garanzie prestate con la presente assicurazione, richiedendone successivamente il rimborso. Tutte le spese indennizzabili a termini di polizza vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di scoperti franchigie indicati nel Certificato di Polizza che rimangono a suo carico. Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private), medici chirurghi e professionisti abilitati (anche in regime di intramoenia) non convenzionati.
- Liquidazione In Forma Diretta:** La Compagnia paga direttamente alla struttura sanitaria, ai medici chirurghi e professionisti abilitati convenzionati le spese per le prestazioni sostenute dall'Assicurato e indennizzabili a termini di polizza, al netto di scoperti e/o franchigie indicati nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia, che rimangono invece a suo carico. Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private), medici chirurghi e professionisti abilitati (anche in regime di intramoenia) convenzionati.
- Liquidazione In Forma Mista:** La Compagnia paga direttamente alla struttura sanitaria convenzionata la componente di spesa indennizzabile a termini di polizza relativa alla struttura sanitaria, al netto di scoperti e/o franchigie indicati nel Certificato di Polizza, che rimangono a carico dell'Assicurato. L'Assicurato sostiene in proprio la componente di spesa relativa ai medici o professionisti abilitati non convenzionati richiedendone successivamente il rimborso alla Compagnia. Tutte le spese indennizzabili a termini di polizza vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di scoperti e/o franchigie indicati nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia, che rimangono a suo carico. Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private) convenzionate e medici chirurghi o professionisti abilitati (anche in regime di intramoenia) non convenzionati.
- Lungodegenza:** Ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in Istituto di Cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- Malattia:** Ogni riscontrabile e obiettiva alterazione dello stato di salute, non dipendente da Infortunio, a carattere evolutivo, che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici.
- Malattia Improvvisa:** Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza al momento di effetto della polizza (o del successivo ingresso in copertura) e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morboso; a titolo esemplificativo e non esaustivo si intendono malattie improvvise: appendicite acuta ed ernie strozzate; meningite, peritonite, pleurite (tutte tre in forma acuta e non tubercolare); pneumonite acuta; broncopolmonite; febbri tifoidee, paratifoidee da accertarsi con sierodiagnosi.



|   |  |
|---|--|
| <b>Malattia Mentale:</b>  | Tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).   |
| <b>Malattia Progressiva o Preesistente:</b>                           | situazione patologica cronica/recidivante, diagnosticata antecedentemente la data di sottoscrizione della Polizza.   |
| <b>Malformazione:</b>   | Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile in base a sintomi prima della stipulazione della polizza.   |
| <b>Massimale:</b>   | La spesa massima che la società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato/Nucleo familiare per le relative garanzie e/o prestazioni previste, per ciascun anno assicurativo. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare per anno assicurativo.   |
| <b>Medicina alternativa o complementare / medicina non ufficiale:</b> | Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; chiropratica.  |
| <b>Neonati:</b>   | In caso di variazione della composizione del nucleo familiare per nascita, la garanzia si intende, all'atto della variazione stessa, immediatamente operante nei confronti di neonati purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30 giorni dalla nascita.   |
| <b>Network:</b>   | Rete sanitaria convenzionata con la Società, costituita da ospedali e Istituti di carattere scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, nonché da Professionisti Medici che esercitano nell'ambito di queste, per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nell'ambito delle convenzioni stesse, nelle seguenti forme: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>in forma diretta</b></li> <li>- <b>in forma indiretta</b></li> <li>- <b>in forma mista</b></li> </ul>  |
| <b>Nucleo Familiare:</b>  | L'Assicurato, il coniuge, la persona unita civilmente, nonché il convivente legato da vincolo affettivo (anche dello stesso sesso); i figli con il limite di 30 anni di età fiscalmente a carico, regolarmente iscritti in uno stesso certificato anagrafico di stato di famiglia o di residenza, anche se momentaneamente non conviventi con l'Assicurato per motivi di studio. Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli legalmente affidati o affiliati, o, se vi è l'obbligo di mantenimento, di altri familiari purché risultanti dallo stato di famiglia e con grado di parentela discendente. È inoltre possibile garantire anche i coniugi legalmente separati o divorziati, purché vi sia l'obbligo di copertura assicurativa (con sentenza del giudice); in tale circostanza non è ammessa la copertura nei confronti del coniuge/persona unita civilmente/soggetto legato da vincolo affettivo convivente. Si intendono inclusi in copertura, senza alcun limite di età, i figli fiscalmente a carico secondo le vigenti leggi in materia, i quali si trovino per infermità fisica o mentale nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi a un proficuo lavoro. |
| <b>Periodo di Carenza:</b>  | Periodo nel quale non sono attive le garanzie del contratto e pertanto non possono essere autorizzate prestazioni dirette né rimborsate le spese sostenute.  |
| <b>Polizza:</b>   | Il documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.   |



|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>Premio:</b>                        | La somma dovuta dalla Contraente alla Società. I mezzi di pagamento consentiti dalla società sono quelli previsti dalla normativa vigente.   |
| <b>Prestazione Extra Ospedaliera:</b> | Tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.   |
| <b>Pronto Soccorso:</b>               | Struttura sanitaria pubblica autorizzata ad erogare prestazioni di prima assistenza in caso di Infortunio e/o Malattia.  |
| <b>Protesi Ortopediche:</b>           | Sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).  |
| <b>Quadro Sinottico:</b>              | Schema riassuntivo delle garanzie prestate.  |
| <b>Questionario Anamnestico:</b>      | Detto anche questionario sanitario, è il documento che l'impresa di assicurazione può chiedere all'Assicurato di compilare prima della stipulazione di un'assicurazione. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute ed alle precedenti malattie o Infortuni dell'Assicurato. Le informazioni fornite dal Contraente servono all'Assicuratore per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.  |
| <b>Residenza:</b>                     | Luogo in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano in cui l'Assicurato ha stabilito la dimora abituale.   |
| <b>Retta di Degenza:</b>              | Costo giornaliero per la degenza/il ricovero in Istituto di cura e per l'ordinaria assistenza medico-infermieristica, sia ordinaria che intensiva.   |
| <b>Ricovero Improprio:</b>            | La degenza/il ricovero sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo Accertamenti Diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.   |
| <b>Ricovero Ospedaliero:</b>          | Il soggiorno imprevisto, a seguito di Infortunio o Malattia, in un istituto ospedaliero su prescrizione medica per un trattamento medico o chirurgico, che preveda almeno 1 (un) pernottamento. Resta escluso l'accesso alle strutture di pronto soccorso che non dia seguito a ricovero.  |
| <b>Scheda di Polizza:</b>             | Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente/Assicurato e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del Contraente/Assicurato, i dati identificativi del rischio, il premio e la sottoscrizione delle Parti.  |
| <b>Scoperto:</b>                      | La percentuale della parte indennizzabile del danno che rimane a carico dell'Assicurato.   |
| <b>Sinistro:</b>                      | Evento dannoso per cui è pretesta l'assicurazione.   |
| <b>Struttura Sanitaria:</b>           | L'ospedale pubblico, l'Istituto universitario, la clinica o casa di cura, day hospital/day surgery, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Ambulatorio o Poliambulatorio medico, centro diagnostico autorizzato. Non sono considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, i centri benessere, le case di convalescenza o lunga degenza, di soggiorno o di riposo per anziani o malati cronici, nonché le cliniche della salute e quelle aventi finalità dietologiche ed estetiche, fisioterapiche e riabilitative, e le residenze sanitarie assistenziali. |



**Strutture Sanitarie e Medici  
Chirurghi e Professionisti  
Abilitati Convenzionati:**

Strutture sanitarie, medici chirurghi e professionisti abilitati convenzionati, presso i quali l'Assicurato, previa richiesta telefonica e autorizzazione, può fruire dell'assistenza diretta per prestazioni mediche, interventi chirurgici e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute. Poiché gli accordi con i medici chirurghi, i professionisti abilitati e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che l'Assicurato ottenga conferma, per il tramite del provider utilizzato e richiamato in polizza, l'effettiva esistenza dell'accordo.

**Sottolimite:**

Limite di spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nelle Condizioni di assicurazione, per ciascun anno assicurativo e nell'ambito dei massimali previsti e al netto degli scoperti e/o franchigie, per la quale la società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo Familiare. Nel caso di ricovero con intervento chirurgico esso comprende oltre all'intervento principale anche eventuali interventi concomitanti.

**Terapia:**

Per terapia medica si intende lo studio e l'attuazione concreta dei mezzi e dei metodi per combattere le malattie

**Trattamenti Fisioterapici e  
Rieducativi:**

prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate e fatturate esclusivamente presso Istituti di Cura, Centri Medici e medici specialisti regolarmente iscritti all'Albo, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica. Ogni ciclo di trattamenti fisioterapici e rieducativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.

**Visita Specialistica:**

la visita viene effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative.

**Avvertenza:** si richiama l'attenzione del Contraente e dell'Assicurato sulle clausole evidenziate in **grassetto** che prevedono decadenze, nullità, esclusioni, sospensioni e limitazioni delle garanzie, ovvero oneri ed obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato.



## SEZIONE 1 | CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

### Art. 1.1. | Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio



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

### Art. 1.2 | Periodo di carenza



Se il numero complessivo degli Assicurati con il presente contratto è inferiore o pari a 10, è prevista l'applicazione di un periodo di carenza e le garanzie decorreranno dalle seguenti date:

- dalla data di effetto dell'assicurazione per gli Infortuni verificatisi successivamente alla Data di Decorrenza della Copertura;
- dopo 30 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per le malattie;
- dopo 30 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per le visite mediche specialistiche e gli Accertamenti Diagnostici extra ricovero;
- dopo 60 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per l'Aborto Terapeutico e le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio;
- dopo 150 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per le spese dentarie;
- dopo 180 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per le malattie pregresse;
- dopo 300 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per il parto.

Nel caso in cui il numero degli Assicurati è superiore a 10, non è prevista l'applicazione di alcun periodo di carenza.

### Art. 1.3 | Continuità

Qualora il presente contratto sia stato emesso in sostituzione - senza soluzione di continuità - di altra forma assicurativa, emessa dalla medesima Società o da altra Compagnia di Assicurazione o da Cassa di Assistenza Sanitaria o Mutua nonché a operazioni di acquisizione di portafogli di polizze individuali e/o collettive riguardanti gli stessi Assicurati e identiche garanzie, i termini previsti al precedente Art. 1.2 Periodo di carenza operano dal giorno di effetto dell'Assicurazione di cui:

- alla polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali risultanti da quest'ultima;
- al presente contratto, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di carenza suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate. È possibile apportare le variazioni in termini di massimale e di prestazioni a decorrere da ciascuna scadenza annuale.

### Art. 1.4 | Decorrenza contrattuale - Pagamento del premio



La decorrenza e la scadenza della copertura assicurativa sono indicati nella Scheda di Polizza.

**Il pagamento del primo Premio o della prima rata di Premio, necessario per attivare le Coperture assicurative, deve avvenire entro la data di inizio dell'effetto dell'assicurazione (Data di Decorrenza), fatto salvo quanto previsto dal comma successivo.**

Nel caso in cui il Contratto sia intermediato da un broker ed il suo nominativo sia riportato nella Scheda di Polizza, in deroga al primo comma dell'art. 1901 c.c., il broker è autorizzato a versare ad H2O s.r.l., per conto del Contraente, il primo Premio o la prima rata di Premio entro e non oltre 30 giorni dalla Data di Decorrenza del Contratto. Trascorso tale termine senza che il broker abbia provveduto al pagamento, **l'assicurazione resterà sospesa fin dall'inizio e prenderà vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il pagamento verrà effettuato**, fatti ovviamente salvi gli effetti liberatori del pagamento effettuato dal Contraente al broker nel caso in cui quest'ultimo sia autorizzato ad incassare i premi per conto della Compagnia ai sensi dell'art. 118 del CAP.

In deroga a quanto previsto dal secondo comma dell'art. 1901 c.c., il pagamento dei Premi o delle rate di Premio successivi deve avvenire entro 30 giorni dopo quello della scadenza. Trascorso tale termine, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il pagamento verrà effettuato.



AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51- 20121 Milano (MI). Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102 - P. IVA. e C.F. 07906760967 e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.

[www.afi-esca.it](http://www.afi-esca.it)

#### Art. 1.5 | Tacito rinnovo del contratto



In mancanza di disdetta data da una delle Parti Contraenti con lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per una durata uguale a quella originaria, esclusa la frazione di anno. La disdetta del contratto comporta la cessazione delle garanzie assicurative per tutti gli Assicurati. Ai fini del presente contratto farà fede la data di spedizione come da timbro dell'Ufficio Postale o data di invio del fax/PEC. La durata dell'Assicurazione è indicata nella Scheda di Polizza.

**In caso di modifiche delle tariffe, delle garanzie, dei limiti, delle franchigie e/o degli scoperti da parte della Società o richieste dalla vigente legislazione nazionale e regionale in materia di Servizio Sanitario Nazionale, la Società si riserva il diritto di proporre al cliente nuove condizioni contrattuali, comunicandole con un preavviso di almeno 90 giorni prima della scadenza del contratto con effetto dalla successiva annualità assicurativa.**

In tal caso è data facoltà al Contraente/Assicurato di recedere dal contratto nei termini e con le modalità di disdetta previsti dal presente articolo.

**In caso di mancato recesso, il contratto si rinnoverà alle nuove condizioni contrattuali proposte dalla Società.**

#### Art. 1.6 | Determinazione del Premio

Il Premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate. In ogni caso non sono ammesse più di due rate annuali

Il Premio è inizialmente determinato sulla base del numero degli Assicurati indicati su apposito tracciato record informatico che costituisce parte complementare del contratto.

Entro 30 giorni dal termine di ciascun semestre contrattuale la Società, in base alle comunicazioni di variazione dei soggetti Assicurati ricevute nel semestre precedente, **emetterà appendice di regolazione premio computando:**

- l'intero premio annuo per gli ingressi avvenuti nel primo semestre dell'anno assicurativo;
- il 60% del premio annuo per gli ingressi avvenuti nel secondo semestre dell'anno assicurativo.

Nessun rimborso di premio sarà dovuto per le cessazioni in corso d'anno, fermo l'obbligo del Contraente di inviare comunicazione di cessazione nei termini convenuti; in proposito la Società si impegna a garantire le prestazioni assicurate fino alla fine dell'annualità per la quale è stato pagato il premio.

Il premio di regolazione deve essere saldato dal Contraente entro 30 giorni dalla ricezione dell'apposita appendice emessa dalla Società. **Qualora il premio non venga versato nei termini suddetti, la Compagnia sospende il pagamento di tutti i sinistri avvenuti nel periodo di assicurazione a cui si riferisce la regolazione, anche se già presi in carico, fino al pagamento del relativo premio di regolazione.**

#### Art. 1.7 | Identificazione delle persone assicurate e variazioni in corso d'anno

L'assicurazione vale per le persone nominativamente comunicate dal Contraente, su apposito tracciato record informatico, prima dell'inizio della copertura.

In corso di Contratto, **il Contraente deve comunicare per iscritto, entro 30 giorni dal momento in cui si sia verificata la condizione, tutte le variazioni relative alle persone assicurate (in ingresso ed in uscita dall'Assicurazione).**

La Società e il Contraente possono stabilire precise modalità per l'invio, possibilmente su supporto informatico, di dette variazioni; la Società ne prende atto ed emette appendice di regolazione del premio alla ricorrenza semestrale della copertura.

Qualora l'Assicurazione sia estesa al Nucleo familiare, i figli nati nel corso della copertura si intendono automaticamente assicurati per le somme assicurate e le garanzie previste per il nucleo, **fermo l'obbligo del Contraente di dichiarare la nuova inclusione entro 30 giorni dalla nascita.**

#### Art. 1.8 | Modifiche dell'assicurazione

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

#### Art. 1.9 | Variazioni di rischio



**Il Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare il rischio oggetto di assicurazione, diverso dagli elementi oggetto di comunicazione ai fini della regolazione del premio o dell'inclusione degli Assicurati in copertura.**

Se la variazione implica diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dal Contraente, ai sensi dell'Art.1897 Codice Civile, rinunciando al relativo diritto di recesso.

**Se la variazione implica aggravamento del rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione.**



**Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.**

**Art. 1.10 | Oneri fiscali**

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

**Art. 1.11 | Assicurazione per conto di chi spetta**

La presente assicurazione è stipulata per conto di chi spetta; pertanto, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, ai sensi dall'Art.1891 Codice Civile.

**Art. 1.12 | Foro competente e procedimento di Mediazione**

Per ogni controversia relativa al presente contratto è competente l'Autorità Giudiziaria del Comune di residenza o domicilio dell'Assicurato o degli aventi diritto previo esperimento del procedimento di mediazione di cui al D.lgs. 28/2010 (modificato dal D.L.n.69/2013 convertito con modificazioni in Legge n. 98/2013) nei casi previsti dalla legge o se voluta dalle parti e salvo diverse disposizioni di legge pro tempore vigenti. La domanda di mediazione è presentata mediante deposito di un'istanza presso un organismo di mediazione, accreditato presso il Ministero della Giustizia, nel luogo del giudice territorialmente competente.

**Art. 1.13 | Altre assicurazioni**

Il Contraente deve dare avviso scritto alla Compagnia dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per le medesime prestazioni, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

**Art. 1.14 | Clausola Broker**

Nel caso in cui il Contraente si sia avvalso di un Broker per l'intermediazione del Contratto, il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente Contratto al Broker indicato nella Scheda di Polizza e che pertanto:

- ogni comunicazione effettuata dalla Compagnia al Broker si considera come effettuata al Contraente/Assicurato;
- ogni comunicazione effettuata dal Broker, in nome e per conto del Contraente/Assicurato, alla Compagnia si considera come effettuata dal Contraente/Assicurato stesso, **eccezion fatta per le comunicazioni di disdetta e di recesso che dovranno essere fatte personalmente dal Contraente.**

Conseguentemente, i diritti e le azioni nascenti dal presente Contratto saranno esercitati dal Broker, con il consenso del Contraente/Assicurato che si intende espressamente prestato anche se non formalmente manifestato alla Compagnia.

La presente "Clausola Broker" può essere revocata oppure modificata su richiesta del Contraente, direttamente con comunicazione del Contraente medesimo nei confronti della Compagnia, specificando che il Contraente non intende più avvalersi del Broker indicato nella Scheda di Polizza per le comunicazioni e che, pertanto, ogni comunicazione avverrà direttamente tra la Compagnia e il Contraente, oppure indicando il nominativo del nuovo Broker che sarà titolato ad effettuare e ricevere le comunicazioni ai sensi della presente "Clausola Broker".

**Art. 1.15 | Rinuncia alla Rivalsa**

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di regresso che le compete per l'Art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

**Art. 1.16 | Legge applicabile e rinvio**

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana, da ritenersi applicabile anche per tutto quanto non è qui diversamente stabilito.



## SEZIONE 2 | GARANZIE ASSICURATE

### Art. 2.1 | Oggetto dell'assicurazione



L'assicurazione è operante a favore delle persone fisiche nominativamente comunicate dal Contraente che risultano stabilmente residenti in Italia o che si recano all'estero per ragioni di lavoro o diporto per non più di 60 giorni all'anno continuativi. Nei limiti delle Esclusioni e del Quadro Sinottico scelto e facente parte della presente polizza, la garanzia è operante in caso di **Malattia diagnosticata durante il periodo di validità della polizza o Infortunio occorso durante l'efficacia del presente contratto relativamente alle spese sostenute dall'Assicurato/i.**

L'assicurazione è prestata a favore dell'Assicurato ma, le coperture di polizza, potranno essere estese, con versamento del relativo premio, anche al Nucleo Familiare.

**Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentali, tossicodipendenza, delirium tremens, alcoolismo e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.**

In deroga dell'articolo 1900 del Codice Civile, sono considerati Infortuni indennizzabili ai sensi della presente Assicurazione anche quelli derivanti da imperizie, negligenze o colpa grave.

Come di seguito disciplinato, l'Assicurazione è operante per le garanzie di seguito descritte:

#### A) GARANZIE OSPEDALIERE

- A).1 Ricovero in Istituto di cura con o senza Intervento Chirurgico
- A).2 Raddoppio del massimale per "Grandi interventi Chirurgici"
- A).3 Intervento Chirurgico per Correzione Difetti Visivi
- A).4 Indennità sostitutiva

#### B) GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE

- B).1 Diagnostica e Terapie di Alta Specializzazione
- B).2 Diagnostica Diversa Da Alta Specializzazione
- B).3 Visite Specialistiche
- B).4 Medicina alternativa o complementare -Trattamenti osteopatici
- B).5 Assistenza Infermieristica a Domicilio
- B).6 Malattia oncologica
- B).7 Cure Dentarie
- B).8 Lenti
- B).9 Ticket

#### A) GARANZIE OSPEDALIERE

##### A).1 Ricovero in Istituto di cura con o senza Intervento Chirurgico

Sono compresi in garanzia:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio);
- diritti di sala operatoria;
- materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici e fisioterapici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento (endoprotesi);
- Assistenza Medica e Assistenza Infermieristica, cure, Accertamenti Diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero e alla patologia che comporta il ricovero;
- visite specialistiche e Accertamenti Diagnostici nei giorni 120 precedenti l'inizio del ricovero, nonché per le prestazioni sanitarie nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero stesso (visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni chirurgiche e infermieristiche, terapie), purché correlate all'intervento. Si intendono comunque compresi anche i ricoveri per cure, accertamenti e interventi preparatori all'intervento principale o da questo resi necessari e comunque a esso connessi;
- retta di degenza. Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie;
- retta per l'accompagnatore in Istituto di cura o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera;
- viaggio e trasporto dell'Assicurato e dell'Accompagnatore da e per l'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro; il trasporto è rimborsabile se effettuato con il mezzo di trasporto più idoneo.



AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51- 20121 Milano (MI). Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102 - P. IVA. e C.F. 07906760967 e numero di Iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.

[www.afi-esca.it](http://www.afi-esca.it)

Si precisa che in caso di trapianto d'organi o parte di essi sull'Assicurato sono comprese anche:

- **le spese relative al prelievo sul donatore comprese quelle per il trasporto dell'organo;**
- **nel caso di donazione da vivente, le spese effettuate durante il ricovero del donatore.**

Sono altresì indennizzate, sia in forma diretta che in forma rimborsuale, sempre entro il limite del massimale previsto per la garanzia "Ospedaliere" nei limiti previsti dal Quadro sinottico prescelto:

- **Parto cesareo**
- **Parto naturale**
- **Aborto Terapeutico o post-traumatico.**
- **Interventi Ambulatoriali e Day Hospital**
- **Terapie in regime di ricovero o di Day Hospital**

**A).2 Raddoppio del massimale per "Grandi interventi Chirurgici"**

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un Grande Intervento Chirurgico, di cui all'Allegato 1 sulla base dell'Opzione di Garanzia del Quadro Sinottico scelto all'atto della sottoscrizione della copertura, il massimale previsto per le garanzie di cui al precedente punto A).1, deve intendersi raddoppiato con i limiti indicati nel suddetto Quadro Sinottico.

**A).3 Intervento Chirurgico per Correzione Difetti Visivi**

A parziale deroga di quanto previsto dall'art.3.1 Esclusioni lettera n, la copertura è estesa alle spese mediche sostenute per interventi chirurgici finalizzati a correggere i vizi di refrazione (miopia, ipermetropia, astigmatismo, presbiopia) purché conseguenti a riduzione del visus, con il limite indicato nel Quadro Sinottico prescelto.

In particolare, saranno oggetto di indennizzo le spese inerenti alla chirurgia refrattiva e i trattamenti con laser a eccimeri limitatamente a quelli effettuati:

- a. In caso di anisometropia superiore a tre diottrie;
- b. In caso di deficit visivo pari o superiore a cinque diottrie per ciascun occhio

**A).4 Indennità sostitutiva**

In alternativa a quanto previsto al punto A).1, sempreché indennizzabili ai sensi di polizza, qualora l'Assicurato abbia usufruito del Servizio Sanitario Nazionale e non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità per ogni giorno di ricovero con pernottamento in base a quanto previsto dal Quadro sinottico prescelto. Ai fini del calcolo dei giorni, il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.

**B) GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE**

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Società assicura le prestazioni sotto riportate, non rientranti in altre garanzie, rese necessarie dall'Infortunio o dalla Malattia, ancorché sospetta, denunciate con le modalità, i termini ed i limiti previsti dalle presenti Condizioni di Assicurazione e dal Quadro Sinottico prescelto.

**B).1 Diagnostica e Terapie di Alta Specializzazione**

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Società paga le spese sostenute per gli Accertamenti Diagnostici e le terapie per le prestazioni di cui all'Allegato 2, resi necessari dall'Infortunio o dalla Malattia, ancorché sospetta, denunciati e non rientranti in altre garanzie.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale indicato nei limiti del Quadro Sinottico scelto, per ciascun periodo assicurativo e per Assicurato/Nucleo familiare, previa applicazione - per ciascun Sinistro - degli scoperti/franchigie disciplinati nello stesso.

La presente garanzia viene prestata:

- in forma diretta, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici, chirurghi e professionisti abilitati tutti convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'**Art.7.1. Obblighi in caso di Sinistro in Forma "Diretta"**;
- in forma a rimborso, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici e professionisti abilitati non convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'**Art.7.1. Obblighi in caso di Sinistro in Forma "Indiretta"**;
- In **forma "Mista"**, qualora l'equipe medica/chirurgica non sia convenzionata, la Centrale Operativa autorizzerà le spese riferite all'Istituto di Cura prescelto, mentre gli onorari dell'equipe medico/chirurgica verranno saldati direttamente dall'Assicurato all'atto delle dimissioni, salvo successivo rimborso da parte della Società secondo quanto previsto dalla presente polizza.



### B).1.1 Malattia oncologica

Nei casi di Malattie oncologiche la Compagnia rimborsa, nei limiti indicati nel Quadro Sinottico prescelto, le spese per:

- le visite mediche specialistiche ed Accertamenti Diagnostici che abbiano confermato la diagnosi della Malattia oncologica, anche se non seguiti da Ricovero;
- le visite specialistiche e per le terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla Malattia oncologica sostenute entro 2 anni dalla dimissione del primo Ricovero relativo alla Malattia stessa e avvenuto in corso di contratto;
- l'Assistenza Infermieristica, prestata a domicilio da personale diplomato, nei 150 giorni successivi alla data di dimissione del Ricovero per Malattia oncologica.

Le spese di cui al presente articolo vengono rimborsate all'Assicurato senza applicazione di alcuno Scoperto sull'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale e sulle prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata.

**Diversamente**, per prestazioni prenotate da strutture sanitarie non convenzionate, **la Compagnia provvede a rimborsare all'Assicurato le spese di cui sopra con applicazione di uno Scoperto del 20%.**

### B).1.2 Ospedalizzazione Domiciliare per Malattia Terminale

In caso di ospedalizzazione domiciliare per Malattia terminale, intesa come Malattia a prognosi infausta per la sopravvivenza, la Compagnia rimborsa, nei limiti previsti dal Quadro Sinottico prescelto, le spese per assistenza domiciliare continuativa medica e infermieristica fornita da idonee organizzazioni o strutture all'uopo costituite e legalmente riconosciute.

### B).2 Diagnostica Diversa da Alta Specializzazione

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Società rimborsa le spese sostenute per Accertamenti Diagnostici ed esami di laboratorio resi necessari dall'Infortunio o dalla Malattia, ancorché sospetta, denunciati e non rientranti in altre garanzie.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale indicato nel Quadro Sinottico prescelto, per ciascun periodo assicurativo e per Assicurato/nucleo familiare, previa applicazione degli scoperti/franchigie disciplinati nel Quadro Sinottico prescelto, che rimangono a carico dell'Assicurato per ogni accertamento o per ogni serie di accertamenti previsti da un'unica prescrizione medica.

La presente garanzia viene prestata:

- in forma diretta, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici, chirurghi e professionisti abilitati tutti convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'**Art.7.1. Obblighi in caso di Sinistro in Forma "Diretta"**;
- in forma a rimborso, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici e professionisti abilitati non convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'**Art.7.1. Obblighi in caso di Sinistro in Forma "Indiretta"**;
- In forma "Mista", qualora l'equipe medica/chirurgica non sia convenzionata, la Centrale Operativa autorizzerà le spese riferite alla Istituto di Cura prescelta, mentre gli onorari dell'equipe medico/chirurgica verranno saldati direttamente dall'Assicurato all'atto delle dimissioni, salvo successivo rimborso da parte della Società secondo quanto previsto dalla presente polizza.

### B).3 Visite Specialistiche

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Società rimborsa le spese sostenute per le visite specialistiche, trattamenti fisioterapici e noleggio di apparecchiature per trattamenti fisioterapici, rese necessarie dall'Infortunio o dalla Malattia, ancorché sospetta, denunciati e non rientranti in altre garanzie. La prestazione in ogni caso non opera per le visite odontoiatriche ed ortodontiche. La garanzia è prestata fino alla concorrenza e nell'ambito del massimale previsto dal Quadro Sinottico prescelto, per ciascun periodo assicurativo e per Assicurato/nucleo familiare, previa applicazione degli scoperti e/o franchigie disciplinati dal Quadro Sinottico prescelto, che rimangono a carico dell'Assicurato per ogni visita o per ogni serie di visite previsti da un'unica prescrizione medica, con le seguenti precisazioni: qualora alla visita specialistica facciano seguito Accertamenti Diagnostici di cui ai punti B).1 e B).2 prescritti dal medesimo specialista e l'Assicurato presenti la richiesta di rimborso in un'unica soluzione, la franchigia minima si applica una sola volta.

La presente garanzia viene prestata:

- in forma diretta, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici, chirurghi e professionisti abilitati entrambi convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'**Art.7.1. Obblighi in caso di Sinistro in Forma "Diretta"**;
- in forma a rimborso, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici e professionisti abilitati non convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'**Art.7.1. Obblighi in caso di Sinistro in Forma "Indiretta"**;
- In **forma "Mista"**, qualora l'equipe medica/chirurgica non sia convenzionata, la Centrale Operativa autorizzerà le spese riferite alla Istituto di Cura prescelta, mentre gli onorari dell'equipe medico/chirurgica verranno saldati direttamente dall'Assicurato all'atto delle dimissioni, salvo successivo rimborso da parte della Società secondo quanto previsto dalla



presente polizza.

### B).3.1 Pacchetto maternità

La Società rimborsa in caso di gravidanza:

- N° 4 ecografie (compresa la morfologica);
- Analisi clinico-chimiche;
- N° 3 visite di controllo ostetrico-ginecologico

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale indicato nella Quadro Sinottico prescelto, per ciascun periodo assicurativo e per Assicurato/Nucleo familiare, previa applicazione – per ciascun Sinistro – degli scoperti/franchigie disciplinati nel Quadro sinottico prescelto.

### B).4 Medicina alternativa o complementare -Trattamenti osteopatici

La Società rimborsa nel limite del massimale previsto nel Quadro Sinottico le visite e le pratiche di medicina alternativa, complementare e medicina non ufficiale, come riportato nelle definizioni di Polizza.

La Società rimborsa, altresì le spese sostenute per: pranoterapia, elettro-agopuntura, trattamenti osteopatici, cure termali con esclusione delle spese alberghiere, (in deroga all'Art.3.1 Esclusioni lettera p), resi necessari da Infortunio o Malattia indennizzabili a termini di polizza sempreché prescritti da un medico ed effettuati da personale medico o abilitato per tali terapie della riabilitazione. La garanzia è prestata fino alla concorrenza e nell'ambito del massimale, scoperti e franchigie disciplinati nel Quadro Sinottico prescelto, che rimangono a carico dell'Assicurato.

La presente garanzia viene prestata:

- in forma diretta, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici, chirurghi e professionisti abilitati entrambi convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'**Art.7.1. Obblighi in caso di Sinistro in Forma "Diretta"**;
- in forma a rimborso, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici e professionisti abilitati non convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'**Art.7.1. Obblighi in caso di Sinistro in Forma "Indiretta"**.

### B).5 Assistenza Infermieristica a Domicilio

In caso di Infortunio o Malattia che abbia comportato ricovero con pernottamento in struttura sanitaria e a cui consegua una inabilità temporanea totale certificata da cartella clinica, la Società paga le spese sostenute, non rientranti in altre garanzie, per Assistenza Infermieristica professionale a domicilio, nell'ambito dei limiti indicati nel Quadro Sinottico prescelto.

### B).6 Cure Dentarie

La Società rimborsa visite, cure, estrazioni, protesi e impianti dentari ed ortodontici, fino alla concorrenza dell'importo massimo complessivo per anno assicurativo e per Assicurato/Nucleo previsto dal Quadro Sinottico prescelto.

La presente garanzia viene prestata:

- in forma diretta, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici, chirurghi e professionisti abilitati tutti convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'**Art.7.1. Obblighi in caso di Sinistro in Forma "Diretta"**;
- in forma a rimborso, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici e professionisti abilitati non convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'**Art.7.1. Obblighi in caso di Sinistro in Forma "Indiretta"**.

### B).7 Lenti

Sono rimborsabili, fino alla concorrenza dei massimali previsti e con i limiti indicati nel Quadro Sinottico prescelto, le spese sostenute per l'acquisto di lenti per occhiali (escluse le montature), lenti a contatto (escluse le "usa e getta") nonché protesi sostitutive oculari, a seguito di modifica del visus e certificato da medico oculista.

### B).8 Ticket

Qualora le spese sostenute nell'ambito delle garanzie B) GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE vengano effettuate presso il SSN, e sempreché la garanzia sia prevista dall'opzione prescelta, l'importo di eventuali ticket sarà rimborsato al 100%, con il mass imo indicato nel Quadro Sinottico prescelto.



## SEZIONE 3 | ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

### Art. 3.1 | Esclusioni



L'assicurazione non è operante per:

- a) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- b) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- c) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale, nonché tutte le prestazioni sanitarie e interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari;
- d) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- e) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- f) gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- g) pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:
  - a. sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idrosci, sci acrobatico, kite-surfing, downhill;
  - b. i seguenti sport aerei: volo su prototipi, volo nelle sue varie forme, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;
- h) gli Infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato e dal Contraente;
- i) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- j) le conseguenze di guerra, anche non dichiarata, guerra civile, anche se l'Assicurato non ne ha preso parte attiva, insurrezione popolare, operazioni militari occupazioni militari ed invasioni, nonché le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche inondazioni, alluvioni e maremoti;
- k) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale. Sono altresì escluse le prestazioni di routine e/o controllo;
- l) le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla Data di Decorrenza della Copertura, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore ad 1 anno assicurati dalla nascita;
- m) le prestazioni dietologiche, i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
- n) la correzione dei vizi di rifrazione quali ad esempio: miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia, fatto salvo quanto previsto all'Art. 2.1, A)3;
- o) trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia ed Infortunio nonché i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (ricoveri impropri);
- p) i ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in strutture per lunga degenza, le cure termali, i ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona;
- q) le prestazioni determinate da patologie correlate all'infezione da all'HIV e sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS), nonché da malattie sessualmente trasmesse;
- r) le prestazioni non espressamente specificate nelle singole garanzie e relativi allegati;
- s) le protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, fatto salvo quanto previsto dall'Art. 2.1, A)1, B)8 e B)9.
- t) le spese per amniocentesi o villocentesi, se non vi è la presenza di anomalie del feto, conosciuta o sospetta oppure nel caso in cui la gestante abbia un'età inferiore ai 35 anni;



AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51- 20121 Milano (MI). Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-escsa.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102 - P. IVA. e C.F. 07906760967 e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.

[www.afi-escsa.it](http://www.afi-escsa.it)

- u) le prestazioni sanitarie di logopedia;
- v) gli infortuni conseguenti ad incidente di volo, se l'assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- w) gli infortuni in seguito alla manipolazione di materiale pirotecnico e uso o produzione di esplosivi, anche come attività non professionale;
- x) aborto volontario non terapeutico.

In ogni caso la Società non è tenuta a fornire copertura e non è tenuta a pagare qualsiasi richiesta o fornire alcun beneficio nella misura in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale Sinistro o il riconoscimento di tale beneficio possa esporre la parte a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea o dagli Stati Uniti d'America.

#### Art. 3.2 | Limite d'età



L'assicurazione può essere stipulata per la prima volta solo per gli Assicurati che abbiano un'età pari o inferiore a 70 anni.

L'Assicurazione può essere rinnovata fino al raggiungimento dell'80° anno di età dell'Assicurato. Si precisa che al compimento del 76° anno di età di ogni Assicurato verrà nuovamente richiesta la compilazione e la sottoscrizione del Questionario di buona salute.

Resta comunque inteso che la garanzia per il singolo Assicurato cesserà alla prima scadenza successiva al compimento dell'81° anno di età.

#### Art. 3.3 | Limiti territoriali

L'assicurazione è valida per tutti i paesi del mondo. Gli indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in Euro.



AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51 - 20121 Milano (MI).  
Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102 - P. IVA. e C.F. 07906760967 e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.

[www.afi-esca.it](http://www.afi-esca.it)

## SEZIONE 4 | FORMA INTEGRATIVA

**Condizione particolare operante per tutti i nuclei Assicurati – nella forma collettiva (Se indicata nei Quadri Sinottici Allegato 3)**

### **Art. 4.1 | Forma integrativa FASI-FASDAC-FAIT-QUAS e/o altri fondi sanitari di categoria previsti dal CCNL di settore**

Nel caso in cui è attivata un'opzione in forma integrativa, l'assicurazione si intende prestata a integrazione del FASI, FASDAC, FAIT, QuAS e/o altri Fondi sanitari di categoria previsti dal CCNL di settore, e pertanto le franchigie previste nelle opzioni si intendono abrogate.

Per le garanzie della presente polizza, verranno ammessi a rimborso soltanto i sinistri liquidati dal FASI, FASDAC, FAIT, QuAS e/o altri Fondi sanitari di categoria previsti dal CCNL di settore, in base ai rispettivi regolamenti.

Nel caso i suddetti Enti si rifiutassero di erogare il rimborso delle spese presentate, malgrado le stesse rientrino tra quelle previste dal proprio regolamento e indennizzabili a termini di polizza, la Società darà comunque corso al rimborso delle sole spese eccedenti quelle previste dai rispettivi regolamenti, restando a carico dell'Assicurato gli importi previsti dai regolamenti stessi.

In caso di richiesta di rimborso per prestazioni non previste dagli Enti sopra richiamati, ma indennizzabili a termini di polizza, la società darà corso al rimborso delle spese previa detrazione di uno scoperto del 25% fermi i limiti stabiliti per singola garanzia.

Per eventuali assicurati che non beneficino delle prestazioni degli Enti sopra richiamati, la società darà corso al rimborso delle spese indennizzabili a termini di polizza, come segue:

- per le coperture integrative dei Fondi FASI, FASDAC, FAIT e/o altri di categoria: previa detrazione di uno scoperto del 25% fermi i limiti stabiliti per singola garanzia;
- per le coperture integrative del Fondo QuAS, non essendo i Familiari coperti dal QuAS, verranno sempre applicati gli eventuali franchigie/scoperti previsti dall'opzione di copertura scelta.



**AFI ESCA IARD S.A.** - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51 - 20121 Milano (MI).  
 Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102 - P. IVA. e C.F. 07906760967 e numero di Iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.

[www.afi-esca.it](http://www.afi-esca.it)

## SEZIONE 5 | CHECK UP CLINICO

(Valida solo se espressamente richiamata nella Scheda di Polizza)

### Art. 5.1 | Check up clinico

La Compagnia per il tramite della Centrale Operativa (My Assistance) mette a disposizione degli Assicurati, con possibile estensione al Nucleo Familiare (vedi definizione), un servizio di convenzionamento diretto per le prestazioni indicate nella scheda riepilogativa sottoindicata da effettuarsi, **dopo 180 giorni** dalla decorrenza della polizza, presso strutture sanitarie convenzionate.

L'Assicurato è sollevato (fatto salvo per l'eventuale importo previsto in polizza, come franchigia a suo carico) da qualsiasi anticipo o pagamento diretto delle spese per le prestazioni ricevute. Le prestazioni sono previste una volta l'anno.

| DONNA  |   |
|--|---|
| FINO A 40 ANNI   | OLTRE I 40 ANNI   |
| <b>Prestazioni mediche:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita cardiologica</li> <li>- Pap test</li> </ul>  | <b>Prestazioni mediche:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pap test</li> <li>- Mammografia bilaterale</li> </ul>  |
| <b>Esami di laboratorio:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emocromo completo</li> <li>- Azotemia</li> <li>- Creatininemia, Glicemia</li> <li>- Bilirubina frazionata</li> <li>- GOT, GPT</li> <li>- Sodio, Potassio, Cloro</li> <li>- LDH, VES, HDL</li> <li>- Colesterolo totale</li> <li>- Trigliceridi</li> <li>- Protidogramma elettroforetico</li> <li>- Esame urine completo</li> </ul> | <b>Esami di laboratorio:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emocromo completo</li> <li>- Azotemia</li> <li>- Creatininemia, Glicemia</li> <li>- Bilirubina frazionata</li> <li>- GOT, GPT</li> <li>- Sodio, Potassio, Cloro</li> <li>- LDH, VES, HDL</li> <li>- Colesterolo totale</li> <li>- Trigliceridi</li> <li>- Protidogramma elettroforetico</li> <li>- Esame urine completo</li> <li>- Ricerca sangue occulto nelle feci</li> </ul> |

| UOMO   |   |
|--|---|
| FINO A 40 ANNI   | OLTRE I 40 ANNI   |
| <b>Prestazioni mediche:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita cardiologica</li> <li>- Elettrocardiogramma</li> </ul>   | <b>Prestazioni mediche:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita cardiologica</li> <li>- Elettrocardiogramma</li> </ul>  |
| <b>Esami di laboratorio:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emocromo completo</li> <li>- Azotemia</li> <li>- Creatininemia, Glicemia</li> <li>- Bilirubina frazionata</li> <li>- GOT, GPT</li> <li>- Sodio, Potassio, Cloro</li> <li>- LDH, VES, HDL</li> <li>- Colesterolo totale</li> <li>- Trigliceridi</li> <li>- Protidogramma elettroforetico</li> <li>- Esame urine completo</li> </ul> | <b>Esami di laboratorio:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emocromo completo</li> <li>- Azotemia</li> <li>- Creatininemia, Glicemia</li> <li>- Bilirubina frazionata</li> <li>- GOT, GPT</li> <li>- Sodio, Potassio, Cloro</li> <li>- LDH, VES, HDL</li> <li>- Colesterolo totale</li> <li>- Trigliceridi</li> <li>- Protidogramma elettroforetico</li> <li>- Esame urine completo</li> <li>- Ricerca sangue occulto nelle feci</li> </ul> |



AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51- 20121 Milano (MI). Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102 - P. IVA. e C.F. 07906760967 e numero di Iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.

[www.afi-esca.it](http://www.afi-esca.it)

## SEZIONE 6 | SEZIONE DIARIA

(Valida solo se espressamente richiamata nella Scheda di Polizza)

### Art. 6.1 | Diaria

La Società in caso di Malattia diagnosticata o di Infortunio occorso nel periodo di validità della polizza, riconosce all'Assicurato, nei limiti di cui al presente articolo e fatte salve le esclusioni di cui all'Art. 3, una diaria giornaliera in caso di:

- Ricovero in Istituto di cura, per ogni giorno di ricovero;
- Degenza in Istituto di cura per ogni giorno di Day Hospital;
- Ricovero in istituto di Cura a seguito di Parto naturale, parto cesareo o Aborto terapeutico

La Società riconosce altresì, in caso di Ricovero dell'Assicurato, per ogni giorno di convalescenza successiva al Ricovero, un'Indennità giornaliera, nei limiti previsto dal Quadro sinottico prescelto. La presente Diaria da convalescenza non è prevista per i ricoveri dovuti a parto naturale, parto cesareo, Aborto terapeutico e Day Hospital.

**Agli effetti del computo delle giornate di ricovero si conviene che la giornata di entrata e quella di uscita in Istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualsiasi sia l'ora del Ricovero e della Dimissione.**



AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51- 20121 Milano (MI).  
Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo,  
Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese  
di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102 - P. IVA. e C.F. 07906760967 e numero di Iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.

[www.afi-esca.it](http://www.afi-esca.it)

## SEZIONE 7 | NORME IN CASO DI SINISTRO

### Art. 7.1 | Obblighi in caso di Sinistro

#### Art. 7.1.1. Garanzie Ospedaliere ed Extraospedaliere

**La denuncia deve essere corredata da idonea documentazione medica attestante la natura della Malattia o la natura e il tipo delle lesioni nonché la necessità del ricovero o dell'intervento.**

L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società e a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso; devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della copia della cartella clinica e ulteriore documentazione utile richiesta dalla Società.

**Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.**

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto.

Nel rispetto delle garanzie di polizza, gli Assicurati possono usufruire delle prestazioni sanitarie mediante due modalità:

- **Forma "Diretta"**: l'Assicurato usufruisce delle prestazioni sanitarie presso una delle strutture sanitarie convenzionate (i.e., Network Convenzionato) con la Società. In questo caso, se il costo delle prestazioni è compreso nei limiti e nei massimali previsti in Polizza, l'Assicurato non effettua alcun pagamento alla struttura sanitaria appartenente al Network Convenzionato, al netto di eventuali scoperti e/o minimi non indennizzabili; se il costo delle prestazioni supera i limiti ed i massimali previsti dalla Polizza, l'Assicurato deve pagare alla struttura sanitaria appartenente al Network Convenzionato esclusivamente la differenza tra il costo della prestazione e quanto previsto dalla Polizza oltre eventuali scoperti e/o minimi non indennizzabili.
- **Forma "Indiretta"**: l'Assicurato invia le ricevute che attestano le spese sanitarie sostenute presso una qualsiasi struttura sanitaria convenzionata o non convenzionata con la Società. Qualora ne sussistano i presupposti, l'Assicurato riceverà il rimborso delle predette spese (nei limiti e nei massimali previsti in Polizza) mediante bonifico bancario, per il tramite della Società;

Di seguito sono descritte le specifiche:

#### **Scelta della struttura sanitaria e della equipe medico/chirurgica di fiducia**

L'Assicurato individua la Struttura sanitaria convenzionata più adatta alle proprie esigenze consultando l'elenco delle strutture convenzionate tramite il sito [www.myassistance.it](http://www.myassistance.it) oppure, se in possesso delle credenziali (login e password), entrando nella **area riservata** tramite il sito: <https://app.myassistance.eu> oppure contattando:

#### **LA CENTRALE OPERATIVA**

**attiva dal lunedì al venerdì (feriali) dalle 8.30 alle 18.00 ai seguenti numeri telefonici:**

**Da Cellulare o dall'estero: Numero: +39 02 303500040**

In caso di intervento chirurgico, la Centrale Operativa verifica presso la struttura sanitaria che anche l'equipe medica/chirurgica sia convenzionata e che la prestazione richiesta sia indennizzabile a termini di polizza.

Qualora l'equipe medica/chirurgica non sia convenzionata, la Centrale Operativa autorizzerà le spese riferite alla Struttura sanitaria prescelta, mentre gli onorari dell'equipe medico/chirurgica verranno saldati direttamente dall'Assicurato all'atto delle dimissioni, salvo successivo rimborso da parte della Società secondo quanto previsto dalla presente polizza. **(C.d. Forma Mista come da definizione riportata)**

#### **Forma "Diretta": richiesta di prestazione in forma diretta**

Prima di accedere alla struttura sanitaria e comunque con un preavviso di almeno:

- 3 giorni lavorativi in caso di Ricovero Ospedaliero
- 2 giorni lavorativi per le ulteriori prestazioni

**(salvo i casi di comprovata urgenza)** l'Assicurato deve sempre contattare la centrale operativa inviando:

via email a: [sinistri.afiesca@myassistance.it](mailto:sinistri.afiesca@myassistance.it) o via fax al n. +39 02 871.819.75



AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51- 20121 Milano (MI). Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: [informazioni@afi-esca.com](mailto:informazioni@afi-esca.com); Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102 - P. IVA. e C.F. 07906760967 e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.

[www.afi-esca.it](http://www.afi-esca.it)

la prescrizione del medico, indicante la diagnosi di Malattia accertata o presunta, la data di insorgenza, la prestazione richiesta, e l'indicazione della Struttura Sanitaria prescelta, del giorno e dell'ora dell'appuntamento. Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale - al fine di ottenere la prestazione - che **l'Assicurato acceda agli operatori sanitari esclusivamente contattando la centrale operativa, in mancanza del quale il servizio non è operante.**

La Centrale Operativa provvederà alla raccolta di tutte le informazioni indispensabili per la gestione della richiesta richiedendo altresì, se necessario, l'invio di documentazione medica utile alla corretta valutazione del caso. Dopo aver effettuato le opportune verifiche, comunicherà all'Assicurato la conferma dell'avvenuta autorizzazione all'Assistenza Diretta e presa in carico.

Successivamente provvederà all'invio del documento di presa in carico alla Struttura Sanitaria interessata, con copia all'Assicurato. L'Assicurato si recherà quindi all'appuntamento pagando il costo previsto a suo carico, mentre la restante parte verrà saldata dalla Compagnia direttamente alla Struttura Sanitaria.

Qualora non fosse possibile autorizzare l'Assistenza Diretta con la sola documentazione medica inoltrata, la Centrale Operativa potrà richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali oppure, negare l'autorizzazione alla presa in carico Diretta.

#### **Forma "Indiretta"**

Per richiedere alla Società il rimborso delle spese sanitarie pagate direttamente, nei limiti e nei massimali previsti dalla Polizza, l'Assicurato potrà procedere in modalità digitale o inviando la necessaria documentazione all'indirizzo mail: [sinistri.afiesca@myassistance.it](mailto:sinistri.afiesca@myassistance.it).

Relativamente alla modalità digitale, l'Assicurato dovrà accedere alla propria **area riservata** sul portale web di MyAssistance.

Le richieste acquisite perverranno direttamente alla Società che procederà alla valutazione o alla richiesta di ulteriori informazioni/documentazione per procedere ai rimborsi dovuti secondo le condizioni di Polizza.

Il rimborso delle spese avverrà esclusivamente mediante bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN comunicate dall'Assicurato.

#### **Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale**

Le prestazioni previste dal Piano sanitario eseguite nel Servizio Sanitario Nazionale, sono rimborsate secondo i limiti contrattuali indicati nel Quadro sinottico prescelto.

In caso di ricovero a completo carico del SSN, l'Assicurato potrà richiedere, in alternativa al rimborso, l'erogazione dell'indennità sostitutiva

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all'originale.

#### **Art. 7.1.2 Garanzia Diaria Ospedaliera e Convalescenza**

In caso di richiesta di corresponsione dell'indennizzo, l'assicurato deve:

- Fornire alla Società copia conforme della cartella clinica completa
- Fornire alla Società copia dei certificati medici che prescrivono e indicano la durata della convalescenza. L'eventuale prolungamento della convalescenza deve essere documentato da ulteriori certificati medici
- Consentire alla Società le indagini, i controlli medici e gli accertamenti necessari insieme ad ogni altra informazione richiesta, a tal fine esonerando dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato
- Fornire il certificato del Pronto Soccorso che attesti l'applicazione del gesso o applicazione di apparecchio terapeutico amovibile per l'avvenuta frattura

#### **Art. 7.1.3 Garanzia Check up**

L'Assicurato può usufruire della presente prestazione esclusivamente presso una delle strutture del Network Convenzionato con la Società. L'Assicurato non effettua alcun pagamento alla struttura sanitaria appartenente al Network Convenzionato.

L'Assicurato individua la Struttura sanitaria convenzionata più adatta alle proprie esigenze consultando l'elenco delle strutture convenzionate tramite il sito [www.myassistance.it](http://www.myassistance.it) oppure, se in possesso delle credenziali (login e password), entrando nella **area riservata** tramite il sito: <https://app.myassistance.eu> oppure contattando:

#### **LA CENTRALE OPERATIVA**

**attiva dal lunedì al venerdì (feriali) dalle 8.30 alle 18.00 ai seguenti numeri telefonici:**

**Da Cellulare o dall'estero: Numero: +39 02 30350040**



AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51 - 20121 Milano (MI). Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: [informazioni@afi-esca.com](mailto:informazioni@afi-esca.com); Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102 - P. IVA. e C.F. 07906760967 e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.

[www.afi-esca.it](http://www.afi-esca.it)

### **Art. 7.2 | Pagamento dell'indennizzo e richiesta di rimborso tramite upload**

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, entro 30 giorni dalla data di presentazione della documentazione completa richiesta dalla Società.

Il pagamento delle richieste di rimborso avverrà solo tramite bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN fornite dall'Assicurato. Le liquidazioni dei danni vengono effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, valore di cambio ricavato dalla quotazione della BCE.

L'Assicurato, in possesso delle credenziali (login e password), potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria area riservata dal sito [www.myassistance.it](http://www.myassistance.it) o in alternativa all'indirizzo mail [sinistri.afiesca@myassistance.it](mailto:sinistri.afiesca@myassistance.it). La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Società si riserva di effettuare, con i medici e con le strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza.

### **Art. 7.3 | Reclami**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:

**AFI ESCA IARD S.A.**  
**Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano Telefono: +39 02.583.248.45**  
**e-mail: [reclami@afi-esca.com](mailto:reclami@afi-esca.com)**

Nel reclamo - di cui si allega esempio - dovranno essere indicati i seguenti dati:

Nome, Cognome, indirizzo completo dell'esponente;

- Numero della Polizza e nominativo del Contraente;

- Numero e data del Sinistro al quale si fa riferimento;

- Indicazioni del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

La Società gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - Telefono 06/421331 - fax 06/42133745 o 06/42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico, denominazione dell'impresa, dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato, breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.



## ALLEGATO 1 | GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

| GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI   |   |
|--|---|
| <b>Cardiochirurgia</b>   |   |
|  | BYPASS AORTO CORONARICI MULTIPLI (C.E.C.)   |
|  | BYPASS AORTO CORONARICO SINGOLO (C.E.C.)  |
|  | CARDIOCHIRURGIA A CUORE APERTO, IN ETÀ ADULTA O NEONATALE, COMPRESI ANEURISMI O SOSTITUZIONI VALVOLARI MULTIPLE O SOSTITUZIONE AORTICA O PLASTICA DELL'AORTA (C.E.C.), SALVO GLI INTERVENTI SPECIFICATI |
|  | COMMISUROTOMIA PER STENOSI MITRALICA  |
|  | FERITE O CORPI ESTRANEI O TUMORI DEL CUORE O PER TAMPONAMENTO, INTERVENTI PER   |
|  | FISTOLE ARTEROVENOSE DEL POLMONE, INTERVENTI PER  |
|  | MASSAGGIO CARDIACO INTERNO  |
|  | PERICARDIECTOMIA PARZIALE   |
|  | PERICARDIECTOMIA TOTALE   |
|  | REINTERVENTO CON RIPRISTINO DI C.E.C.   |
|  | SEZIONE O LEGATURA DEL DOTTO ARTERIOSO DI BOTALLO   |
|  | SOSTITUZIONE VALVOLARE IN HEART PORT  |
|  | SOSTITUZIONE VALVOLARE SINGOLA (C.E.C.)   |
|  | SOSTITUZIONI VALVOLARI CON BY-PASS AORTO CORONARICI (C.E.C.)  |
|  | TRAPIANTO CARDIACO (OMNICOOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)  |
|  | VALVULOPLASTICA CARDIOCHIRURGICA  |
| <b>Cardiologia interventistica</b>   |   |
|  | ANGIOPLASTICA CORONARICA VASO SINGOLO CON O SENZA TROMBOLISI COMPRESIVO DI EVENTUALE STAND-BY CARDIOCHIRURGICO ED EVENTUALE APPLICAZIONE DI STENTS  |
|  | ANGIOPLASTICA CORONARICA VASI MULTIPLI CON O SENZA TROMBOLISI COMPRESIVO DI EVENTUALE STAND-BY CARDIOCHIRURGICO ED EVENTUALE APPLICAZIONE DI STENTS   |
| <b>Chirurgia della mammella</b>  |   |
| <i>Per gli interventi di chirurgia demolitiva è compresa la ricostruzione plastica mammaria (escluse protesi). L'intervento chirurgico di posizionamento o sostituzione di protesi mammaria è riconosciuto solo a seguito di chirurgia demolitiva per neoplasia. Sono escluse le prestazioni con finalità estetiche.</i> |   |
|  | MASTECTOMIA RADICALE, QUALSIASI TECNICA, CON LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE   |
|  | MASTECTOMIA SEMPLICE TOTALE CON EVENTUALI LINFOADENECTOMIE  |
|  | MASTECTOMIA SOTTOCUTANEA  |
|  | QUADRANTECTOMIA CON RICERCA ED ASPORTAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA E LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE   |
|  | QUADRANTECTOMIA CON RICERCA ED ASPORTAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA (COMPRESA PRESTAZIONE DEL MEDICO NUCLEARE/RADIOLOGO), SENZA ALTRE LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE                                       |
|  | QUADRANTECTOMIA SENZA LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE  |
|  | TUMORECTOMIA O QUADRANTECTOMIA CON RESEZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA E LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE  |
| <b>Chirurgia generale</b>  |   |
| Interventi chirurgici minori   |   |
| <i>Tumori superficiali: neoformazioni soprafasciali. Tumori profondi: neoformazioni sottofasciali. Tumori profondi extracavitari: tumore del muscolo scheletrico, tumore o lesione similtumorale fibrosa.</i>  |   |
|  | TUMORE PROFONDO MALIGNO TRONCO/ARTI, ASPORTAZIONE DI  |
| <b>Collo</b>   |   |
|  | PARATIROIDI - TRATTAMENTO COMPLETO, INTERVENTO SULLE  |
|  | PARATIROIDI, REINTERVENTI   |
|  | TIROIDECTOMIA TOTALE, O TOTALIZZAZIONE DI TIROIDECTOMIA, QUALSIASI VIA DI ACCESSO, SENZA SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE  |
|  | TIROIDECTOMIA TOTALE PER GOZZO MEDIASTINICO, INTERVENTO PER   |
|  | TIROIDECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE   |
|  | TIROIDECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE BILATERALE   |
|  | TUMORE MALIGNO DEL COLLO, ASPORTAZIONE DI (ESCLUSO I CASI DESCRITTI)  |
| <b>Esofago</b>   |   |
|  | DIVERTICOLI DELL'ESOFAGO CERVICALE (COMPRESA MIOTOMIA), INTERVENTO PER  |
|  | ESOFAGECTOMIA TOTALE CON ESOFAGOPLASTICA, IN UN TEMPO, COMPRESA LINFOADENECTOMIA  |
|  | ESOFAGO CERVICALE, RESEZIONE DELL', CON ESOFAGOSTOMIA   |
|  | ESOFAGO, RESEZIONE PARZIALE DELL', CON ESOFAGOSTOMIA  |
|  | ESOFAGO-GASTRECTOMIA TOTALE, PER VIA TORACO-LAPAROTOMICA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA  |
|  | MEGAESOFAGO, INTERVENTO PER   |
|  | MEGAESOFAGO, REINTERVENTO PER   |
|  | VARICI ESOFAGEE: INTERVENTO TRANSTORACICO O ADDOMINALE  |
| <b>Stomaco - Duodeno</b>   |   |
|  | FISTOLA GASTRO-DIGIUNO-COLICA, INTERVENTO PER   |
|  | GASTRECTOMIA PARZIALE O SUBTOTALE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA)   |
|  | GASTRECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA ANCHE ESTESA   |
|  | GASTRECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA ESTESA CON SPLENOPANCREASECTOMIA SINISTRA ASSOCIATA  |
|  | GASTRECTOMIA TOTALE PER PATOLOGIA BENIGNA   |
|  | RESEZIONE GASTRO DUODENALE  |



AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51 - 20121 Milano (MI). Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-escsa.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102 - P. IVA. e C.F. 07906760967 e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.

[www.afi-escsa.it](http://www.afi-escsa.it)

|  |   |
|--|---|
|  | RESEZIONE GASTRO-DIGIUNALE PER ULCERA PEPTICA ANASTOMOTICA  |
|  | VARICI GASTRICHE (EMOSTASI CHIRURGICA)  |
| <b>Intestino: Digiuno - Ileo - Colon - Retto - Ano</b> |   |
|  | <i>Trattamenti terapeutici iniettivi: trattamento con tossina botulinica per le ragadi anali e trattamento con sclerosanti per le emorroidi.</i>  |
|  | AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE SEC. MILES, TRATTAMENTO COMPLETO   |
|  | ANO PRETERNATURALE, CHIUSURA, RICOSTRUZIONE CONTINUITÀ  |
|  | ANOPLASTICA (COME UNICO INTERVENTO)   |
|  | BY-PASS GASTRO INTESTINALI O INTESTINALI PER PATOLOGIE MALIGNI  |
|  | COLECTOMIA SEGMENTARIA CON LINFOADENECTOMIA ED EVENTUALE COLOSTOMIA   |
|  | COLECTOMIA TOTALE (COMPRESA EVENTUALE STOMIA)   |
|  | COLECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA (COMPRESA EVENTUALE STOMIA)  |
|  | EMICOLECTOMIA DESTRA CON LINFOADENECTOMIE   |
|  | EMICOLECTOMIA SINISTRA CON LINFOADENECTOMIE ED EVENTUALE COLOSTOMIA (HARTMANN ED ALTRE)   |
|  | MEGACOLON, INTERVENTO PER   |
|  | MEGACOLON: COLOSTOMIA   |
|  | PROCTO-COLECTOMIA TOTALE CON POUCH ILEALE   |
|  | RESEZIONE DEL SIGMA-RETTO PER PATOLOGIA MALIGNI CON EVENTUALI LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE  |
|  | RESEZIONE RETTO-COLICA ANTERIORE (ANCHE ULTRA BASSA) COMPRESA LINFOADENECTOMIA ED EVENTUALE COLONSTOMIA   |
|  | RETTO, AMPUTAZIONE DEL, PER NEOPLASIA DELL'ANO, COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA INGUINALE BILATERALE  |
|  | TUMORE MALIGNI DEL RETTO, PER VIA TRANS-ANALE O CON MICROCHIRURGIA ENDOSCOPICA TRANS-ANALE (TEM), ASPORTAZIONE DI   |
| Peritoneo  |   |
|  | OCCLUSIONE INTESTINALE CON RESEZIONE  |
| Fegato e vie biliari                                   |   |
|  | ANASTOMOSI PORTO-CAVA O SPLENO-RENALE O MESENTERICA-CAVA  |
|  | COLECISTOSTOMIA PER NEOPLASIE NON RESECCABILI   |
|  | COLEDOCO/EPATICO/DIGIUNO/DUODENOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA  |
|  | COLEDOCO-EPATICO DIGIUNOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA  |
|  | COLEDOCO-EPATICO DUODENOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA  |
|  | DEARTERIALIZZAZIONE EPATICA, CON O SENZA CHEMIOTERAPIA  |
|  | DECONNESSIONE AZYGOS-PORTALE PER VIA ADDOMINALE   |
|  | PAPILLA DI VATER, EXERESI   |
|  | PAPILLA DI VATER, AMPULLECTOMIA PER CANCRO CON REIMPIANTO DEL DOTTO DI WIRSUNG E COLEDOCO   |
|  | RESEZIONI EPATICHE MAGGIORI   |
|  | RESEZIONI EPATICHE MINORI   |
|  | TERMOABLAZIONE CON RADIOFREQUENZA DI TUMORI EPATICI, QUALSIASI VIA DI ACCESSO   |
|  | TRAPIANTO DI FEGATO (OMNICOMPRESIVO DI SERVIZI ED ATTI MEDICI)  |
| Pancreas - Milza                                       |   |
|  | CEFALO DUODENO PANCREASECTOMIA COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA  |
|  | DERIVAZIONI PANCREATICO-WIRSUNG DIGESTIVE   |
|  | NEOPLASIE DEL PANCREAS ENDOCRINO, INTERVENTI PER  |
|  | PANCREATECTOMIA SINISTRA COMPRESA SPLENECTOMIA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA  |
|  | PANCREATECTOMIA TOTALE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA)  |
|  | SPLENECTOMIA  |
|  | TRAPIANTO DI PANCREAS (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)  |
| <b>Chirurgia oro-maxillo-facciale</b>                  |   |
|  | FRATTURA ZIGOMO, ORBITA, TERAPIA CHIRURGICA PER   |
|  | FRATTURE DEI MASCELLARI, TERAPIA CHIRURGICA DI  |
|  | FRATTURE DEL SENO FRONTALE, TERAPIA CHIRURGICA DI   |
|  | FRATTURE DELLA MANDIBOLA E DEL CONDILO, TERAPIA CHIRURGICA DELLE (COMPRESA L'EVENTUALE FISSAZIONE CON FERULE)   |
|  | FRATTURE MANDIBOLARI, RIDUZIONE CON FERULE  |
|  | GHIANDOLA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE PER NEOPLASIE MALIGNI, COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA  |
|  | LINGUA E PAVIMENTO ORALE, INTERVENTO PER TUMORI MALIGNI CON SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE FUNZIONALE O RADICALE  |
|  | LINGUA E PAVIMENTO ORALE, INTERVENTO PER TUMORI MALIGNI SENZA SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE  |
|  | MALFORMAZIONI DENTO-MAXILLO-FACCIALI DELLA MANDIBOLA E DELLA MASCELLA (PROGENISMO, MICROGENIA, PROGNOTISMO, MICROGNATIA, LATERODEVIAZIONI MANDIBOLARI, ETC.), COMPRESA MENTOPLASTICA SUL MASCELLARE SUPERIORE O SULLA MANDIBOLA |
|  | MANDIBOLA, RESEZIONE PARZIALE PER NEOPLASIA DELLA, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE MONOLATERALE   |
|  | MANDIBOLA, RESEZIONE PARZIALE PER NEOPLASIA DELLA, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE BILATERALE   |
|  | MASCELLARE SUPERIORE PER NEOPLASIE, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE MONOLATERALE, RESEZIONE DEL   |
|  | MASCELLARE SUPERIORE PER NEOPLASIE, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE BILATERALE, RESEZIONE DEL   |
|  | MASSICCIO FACCIALE, OPERAZIONE DEMOLITRICE PER TUMORI CON SVUOTAMENTO ORBITARIO   |
|  | NEOPLASIE MALIGNI DEL LABBRO/GUANCIA CON SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE DI  |
|  | NEOPLASIE MALIGNI DEL LABBRO/GUANCIA SENZA SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE DI  |



AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51 - 20121 Milano (MI). Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102 - P. IVA: e C.F. 07906760967 e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.

[www.afi-esca.it](http://www.afi-esca.it)

|   |  |
|---|--|
|   | NEOPLASIE MALIGNI LIMITATE DEL LABBRO O DEI TESSUTI MOLLI DELLA CAVITÀ ORALE, ASPORTAZIONE DI  |
|   | PARALISI DINAMICA O STATICA DEL NERVO FACCIALE, PLASTICA PER   |
|   | PAROTIDECTOMIA PARZIALE CON EVENTUALE RISPARMIO DEL NERVO FACCIALE   |
|   | PAROTIDECTOMIA TOTALE O SUB-TOTALE   |
| <b>Chirurgia pediatrica</b>             |  |
|   | ASPORTAZIONE TUMORE DI WILMS   |
|   | ATRESIA DELL'ANO CON FISTOLA RETTO-URETRALE, RETTO-VULVARE: ABBASSAMENTO ADDOMINO PERINEALE  |
|   | ATRESIA DELL'ANO SEMPLICE: ABBASSAMENTO ADDOMINO-PERINEALE   |
|   | ESOFAGO, ATRESIA O FISTOLE CONGENITE DELL'   |
|   | FISTOLA E CISTI DELL'OMBELICO: DAL CANALE ONFALOMESENTERICO CON RESEZIONE INTESTINALE  |
| <b>Chirurgia plastica ricostruttiva</b> |  |
|   | <i>Tumori superficiali: neoformazioni soprafasciali; Tumori profondi: neoformazioni sottofasciali. Non sono considerate come prestazioni rimborsabili, i trattamenti laser e/o chirurgici delle teleangectasie, angiomi rubini, spider nevi ed analoghi. Sono escluse le prestazioni con finalità estetiche.</i> |
|   | APLASIA DELLA VAGINA, RICOSTRUZIONE PER  |
|   | INTERVENTO DI PUSH-BACK E FARINGOPLASTICA  |
|   | MALFORMAZIONI COMPLESSE DELLE MANI E DEI PIEDI   |
|   | STATI INTERSESSUALI, CHIRURGIA DEGLI   |
|   | TRASFERIMENTO DI LEMBO LIBERO MICROVASCOLARE   |
| <b>Chirurgia toraco-polmonare</b>       |  |
|   | BILOBECTOMIA, INTERVENTO DI (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)  |
|   | DECORTICAZIONE PLEURO POLMONARE, INTERVENTO DI   |
|   | FERITA TORACO-ADDOMINALE CON LESIONI VISCERALI   |
|   | FISTOLE DEL MONCONE BRONCHIALE DOPO EXERESI O INTERVENTI ASSIMILABILI, INTERVENTO PER  |
|   | FISTOLE ESOFAGO-BRONCHIALI, INTERVENTI DI  |
|   | LINFOADENECTOMIA MEDIASTINICA (COME UNICO INTERVENTO)  |
|   | NEOPLASIE MALIGNI COSTE E/O STERNO (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)   |
|   | NEOPLASIE MALIGNI DEL DIAFRAMMA (COME FASE DI INTERVENTO PRINCIPALE)   |
|   | NEOPLASIE MALIGNI DELLA TRACHEA (COMPRESA PLASTICA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)  |
|   | NEOPLASIE MALIGNI E/O CISTI DEL MEDIASTINO (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)   |
|   | PLEURECTOMIE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)   |
|   | PLEUROPNEUMECTOMIA (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)   |
|   | PNEUMECTOMIA, INTERVENTO DI (COMPRESA LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)  |
|   | PNEUMECTOMIA CON RESEZIONE DI TRACHEA E ANASTOMOSI TRACHEO-BRONCHIALE  |
|   | RESEZIONE BRONCHIALE CON REIMPIANTO  |
|   | RESEZIONE SEGMENTARIA O LOBECTOMIA (COMPRESA EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)   |
|   | RESEZIONI POLMONARI SEGMENTARIE ATIPICHE SINGOLE O MULTIPLE (COMPRESA EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)  |
|   | RESEZIONI SEGMENTARIE TIPICHE (COMPRESA EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)  |
|   | TIMECTOMIA   |
|   | TORACOPLASTICA, PRIMO TEMPO  |
|   | TORACOPLASTICA, SECONDO TEMPO  |
|   | TRAPIANTO DI POLMONE (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)  |
| <b>Chirurgia vascolare</b>              |  |
|   | ANEURISMI AORTA ADDOMINALE O AORTA TORACICA + DISSECAZIONE: RESEZIONE E INNESTO PROTETICO (A CIELO APERTO)   |
|   | ANEURISMI ARTERIE DISTALI DEGLI ARTI, RESEZIONE E/O INNESTO PROTETICO (A CIELO APERTO)   |
|   | ANEURISMI, RESEZIONE E INNESTO PROTETICO: ARTERIE ILIACHE, FEMORALI, POPLITEE, OMERALI, ASCELLARI, GLUTEE, ARTERIE VISCERALI E TRONCHI SOVRAORTICI (A CIELO APERTO)  |
|   | BY-PASS AORTO-ANONIMA, AORTO-CAROTIDEO, CAROTIDO-SUCCLAVIO   |
|   | BY-PASS AORTO-ILIACO O AORTO-FEMORALE  |
|   | BY-PASS AORTO-RENALE O AORTO-MESENTERICO O CELIACO ED EVENTUALE TEA E PLASTICA VASALE  |
|   | TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE DI ANEURISMI O ANEURISMI DISSECANTI DELL'AORTA TORACICA  |
|   | TROMBOENDARTERIECTOMIA E BY-PASS E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI   |
|   | TROMBOENDARTERIECTOMIA E PATCH E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI   |
|   | TROMBOENDARTERIECTOMIA E INNESTO PROTETICO E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI (QUALSIASI TECNICA)   |
| <b>Ginecologia</b>                      |  |
|   | ISTERECTOMIA RADICALE PER VIA LAPAROTOMICA O VAGINALE CON LINFOADENECTOMIA PELVICA E/O LOMBOAORTICA, COMPRESA PLASTICA VAGINALE ANTERIORE E/O POSTERIORE   |
|   | TUMORI MALIGNI VAGINALI CON LINFOADENECTOMIA, INTERVENTO RADICALE PER  |
|   | TUMORI MALIGNI VAGINALI SENZA LINFOADENECTOMIA, INTERVENTO RADICALE PER  |
|   | VULVECTOMIA PARZIALE CON LINFOADENECTOMIA BILATERALE DIAGNOSTICA DEI LINFONODI INGUINALI SUPERFICIALI, INTERVENTO DI   |
|   | VULVECTOMIA RADICALE ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA INGUINALE E PELVICA, INTERVENTO DI   |
| <b>Neurochirurgia</b>                   |  |
|   | <i>Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.</i>  |
|   | ANASTOMOSI VASI INTRA-EXTRA CRANICI  |
|   | CERNIERA ATLANTO-OCCIPITALE, INTERVENTO PER MALFORMAZIONI PER VIA ANTERIORE O POSTERIORE   |
|   | CORDOTOMIA, RIZOTOMIA E AFFEZIONI MIELORADICOLARI VARIE, INTERVENTI DI   |
|   | CRANIOPLASTICA   |
|   | CRANIOTOMIA PER EMATOMA EXTRADURALE  |



|   |   |
|---|---|
|   | CRANIOTOMIA PER LESIONI TRAUMATICHE INTRACEREBRALI  |
|   | CRANIOTOMIA PER TUMORI CEREBELLARI, ANCHE BASALI  |
|   | ENCEFALOMENINGOCELE, INTERVENTO PER   |
|   | EPILESSIA FOCALE, INTERVENTO PER  |
|   | ERNIA DEL DISCO INTERVERTEBRALE CERVICALE, MIELOPATIE, RADICULOPATIE  |
|   | IPOFISI, INTERVENTO PER ADENOMA PER VIA TRANSFENOIDALE  |
|   | LAMINECTOMIA PER TUMORI INTRA-DURALI EXTRA MIDOLLARI  |
|   | LAMINECTOMIA PER TUMORI INTRAMIDOLLARI  |
|   | MALFORMAZIONE ANEURISMATICA INTRACRANICA (ANEURISMI SACCULARI, ANEURISMI CAROTIDEI, ALTRI ANEURISMI)  |
|   | MALFORMAZIONE ANEURISMATICA O ANGIOMATOSA CON COMPRESSIONE RADICOLARE E/O MIDOLLARE   |
|   | NEOPLASIE ENDOCRANICHE, ASPORTAZIONE DI   |
|   | NEOPLASIE, CORDOTOMIE, RADICOTOMIE ED AFFEZIONI MENINGOMIDOLLARI, INTERVENTO ENDORACHIDEO   |
|   | PLESSO BRACHIALE, INTERVENTO SUL  |
|   | TRAUMI VERTEBRO-MIDOLLARI VIA ANTERIORE, INTERVENTO PER   |
|   | TUMORE ORBITALE, ASPORTAZIONE PER VIA ENDOCRANICA   |
|   | TUMORI DELLA BASE CRANICA, INTERVENTO PER VIA TRANSORALE  |
|   | TUMORI ORBITARI, INTERVENTO PER   |
| <b>Oculistica</b>                                       |   |
|   | <i>Escluso qualsiasi intervento finalizzato ai trattamenti per la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, correzione della cornea.</i>  |
| Cornea  |   |
|   | TRAPIANTO CORNEALE A TUTTO SPESSORE   |
|   | TRAPIANTO CORNEALE LAMELLARE  |
|   | TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI LIMBARI  |
|   | TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI LIMBARI COMBINATA CON APPOSIZIONE DI MEMBRANA AMNIOTICA  |
| <b>Ortopedia e traumatologia</b>                        |   |
|   | <i>Articolazioni: grandi (anca, ginocchio, spalla); medie (gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica); piccole (le restanti). Segmenti ossei: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti). Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.</i> |
| Interventi cruenti                                      |   |
|   | ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA ANTERIORE O SPONDILOLISTESI  |
|   | ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA POSTERIORE   |
|   | ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA POSTERIORE E ANTERIORE   |
|   | ARTRODESI: GRANDI ARTICOLAZIONI   |
|   | ARTRODESI: MEDIE ARTICOLAZIONI  |
|   | ARTROPLASTICHE: GRANDI (QUALSIASI MATERIALE)  |
|   | ARTROPLASTICHE: MEDIE (QUALSIASI MATERIALE)   |
|   | ARTROPLASTICHE: PICCOLE (QUALSIASI MATERIALE)   |
|   | ARTROPROTESI SPALLA, PARZIALE   |
|   | ARTROPROTESI SPALLA, TOTALE   |
|   | ARTROPROTESI: ANCA PARZIALE   |
|   | ARTROPROTESI: ANCA TOTALE   |
|   | ARTROPROTESI TOTALE D'ANCA, REVISIONE: INTERVENTO PER RIMOZIONE E RIPOSIZIONAMENTO ESEGUITO NELLO STESSO RICOVERO IN CUI È STATO ESEGUITO IL PRIMO INTERVENTO, COMPRESIVO DELL'INTERVENTO PRINCIPALE DI ARTROPROTESI D'ANCA TOTALE  |
|   | ARTROPROTESI TOTALE D'ANCA: INTERVENTO PER RIMOZIONE E RIPOSIZIONAMENTO ESEGUITO IN UN TEMPO SUCCESSIVO AL PRIMO RICOVERO   |
|   | ARTROPROTESI: GINOCCHIO   |
|   | ARTROPROTESI: GOMITO  |
|   | ARTROPROTESI: RIMOZIONE DI ARTROPROTESI SETTICA IN UN TEMPO SUCCESSIVO AL PRIMO INTERVENTO (PARZIALE O TOTALE) COME UNICO INTERVENTO  |
|   | COSTOLA CERVICALE E "OUTLET SYNDROME", INTERVENTO PER   |
|   | EMIPELVECTOMIA  |
|   | EMIPELVECTOMIE "INTERNE" CON SALVATAGGIO DELL'ARTO  |
|   | OSTEOSINTESI VERTEBRALE   |
|   | OSTEOTOMIA COMPLESSA (BACINO, VERTEBRALE)   |
|   | REIMPIANTI DI ARTO O SUO SEGMENTO   |
|   | RESEZIONE DEL SACRO   |
|   | RIDUZIONE CRUENTA E CONTENZIONE DI LUSSAZIONE TRAUMATICA DI COLONNA VERTEBRALE  |
|   | SPALLA, RESEZIONI COMPLETE SEC. TICKHOR-LIMBERG   |
|   | SVUOTAMENTO DI FOCOLAI METASTATICI ED ARMATURA CON SINTESI PIÙ CEMENTO  |
|   | TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO (OMNICOMPRESIVO DI SERVIZI ED ATTI MEDICI)   |
|   | TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, GRANDI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI  |
|   | TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, MEDI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI  |
|   | TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, PICCOLI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI   |
|   | TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, VERTEBRALI, ASPORTAZIONE DI   |
|   | UNCOFORAMINOTOMIA O VERTEBROTOMIA   |
| Tendini - Muscoli -<br>Aponeurosi - Nervi<br>periferici |   |
|   | TRAPIANTI TENDINEI E MUSCOLARI O NERVOSI  |
| <b>Otorinolaringoiatria</b>                             |   |



AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51- 20121 Milano (MI). Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-escsa.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102 - P. IVA. e C.F. 07906760967 e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.

[www.afi-escsa.it](http://www.afi-escsa.it)

|   |  |
|---|--|
|   | NEOPLASIE DEL CONDOTTO, EXERESI  |
|   | NERVO VESTIBOLARE, SEZIONE DEL   |
|   | NEURINOMA DELL'OTTAVO PAIO   |
|   | STAPEDECTOMIA  |
|   | STAPEDOTOMIA   |
|   | TIMPANOPLASTICA CON MASTOIDECTOMIA   |
|   | TIMPANOPLASTICA SENZA MASTOIDECTOMIA   |
|   | TIMPANOPLASTICA, SECONDO TEMPO DI  |
|   | TUMORI DELL'ORECCHIO MEDIO, ASPORTAZIONE DI  |
| Naso e seni paranasali  |  |
| <i>Escluse le prestazioni con finalità estetiche.</i>                       |  |
|   | TUMORI MALIGNI DEL NASO O DEI SENI, ASPORTAZIONE DI  |
| Faringe - Cavo orale - Orofaringe   |  |
|   | FARINGECTOMIA PARZIALE   |
|   | NEOPLASIE PARAFARINGEE   |
|   | TUMORE MALIGNO FARINGOTONSILLARE, ASPORTAZIONE DI  |
|   | VELOFARINGOPLASTICA  |
| Laringe e Ipofaringe  |  |
|   | CORDECTOMIA  |
|   | CORDECTOMIA CON IL LASER   |
|   | DIAFRAMMA LARINGEO, ESCISSIONE CON RICOSTRUZIONE PLASTICA  |
|   | EPIGLOTTIDECTOMIA  |
|   | LARINGECTOMIA PARZIALE   |
|   | LARINGECTOMIA PARZIALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE  |
|   | LARINGECTOMIA TOTALE SENZA SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE   |
|   | LARINGECTOMIA TOTALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE  |
|   | LARINGECTOMIA TOTALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE BILATERALE  |
|   | LARINGOFARINGECTOMIA TOTALE  |
| <b>Radiologia interventistica</b>   |  |
| <i>Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.</i> |  |
|   | EMBOLOGIA MALFORMAZIONI E/O ANEURISMI E/O FISTOLE VASCOLARI CEREBRALI O TUMORI ENDOCRANICI   |
|   | POSIZIONAMENTO DI STENT CAROTIDEO CON SISTEMA DI PROTEZIONE CEREBRALE PER TRATTAMENTO STENOSI CAROTIDEE  |
|   | TIPS (SHUNT PORTO-SOVRAEPATICO)  |
| <b>Urologia - Atti chirurgici</b>   |  |
| Rene  |  |
|   | EMINEFRECTOMIA   |
|   | NEFRECTOMIA ALLARGATA PER TUMORE CON EVENTUALE TRATTAMENTO DI TROMBO CAVALE (COMPRESA SURRENECTOMIA)   |
|   | NEFRECTOMIA POLARE   |
|   | NEFRECTOMIA SEMPLICE   |
|   | NEFROURETERECTOMIA RADICALE CON LINFOADENECTOMIA PIÙ EVENTUALE SURRENECTOMIA, INTERVENTO DI  |
|   | NEFROURETERECTOMIA RADICALE (COMPRESA SURRENECTOMIA)   |
|   | SURRENECTOMIA  |
|   | TRAPIANTO DI RENE (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)   |
| Uretere   |  |
|   | MEGAURETERE, INTERVENTO PER RIMODELLAGGIO  |
| Vescica   |  |
|   | CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON ILEO O COLOBLADDER                                      |
|   | CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON NEOVESICIA RETTALE COMPRESA                             |
|   | CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON URETEROSIGMOIDOSTOMIA BILATERALE O URETEROCUTANEOSTOMIA |
|   | VESCICA, PLASTICHE DI AMPLIAMENTO (COLON/ILEO)   |
|   | VESCICOPLASTICA ANTIREFLUSSO BILATERALE  |
|   | VESCICOPLASTICA ANTIREFLUSSO UNILATERALE   |
| Prostata  |  |
|   | PROSTATECTOMIA RADICALE PER CARCINOMA CON LINFOADENECTOMIE, COMPRESA EVENTUALE LEGATURA DEI DEFERENTI (QUALSIASI ACCESSO E TECNICA)                      |
| Apparato genitale maschile  |  |
|   | EMASCULATIO TOTALE ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA   |
|   | ORCHIECTOMIA ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA ADDOMINALE O RETROPERITONEALE MONOLATERALE   |
|   | ORCHIECTOMIA ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA ADDOMINALE O RETROPERITONEALE BILATERALE   |
|   | PENE, AMPUTAZIONE TOTALE CON LINFOADENECTOMIA  |



## ALLEGATO 2 | DIAGNOSTICA E TERAPIE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

| ALTA DIAGNOSTICA                     |   |
|--------------------------------------|---|
| DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE |   |
| <b>Accertamenti neurologici</b>      | elettroencefalogramma   |
| <b>Accertamenti cardiologici</b>     | ECGHolter<br>Ecocardiogramma o ecocardioppler o ecocardiocolordoppler   |
| <b>Angiografia</b>                   | ANGIOGRAFIA CAROTIDEA O VERTEBRALE INTRACRANIO<br>ANGIOGRAFIA MIDOLLARE (1 DISTRETTO)<br>ANGIOGRAFIA MIDOLLARE (2 DISTRETTI)<br>ANGIOGRAFIA MIDOLLARE (3 DISTRETTI O COMPLETA)<br>ARTERIOGRAFIA AORTA ADDOMINALE O AORTA TORACICA<br>ARTERIOGRAFIA AORTO ADDOMINALE + ARTERIOGRAFIA SELETTIVA<br>ARTERIOGRAFIA AORTO ADDOMINALE + ILIACA ED ARTI INFERIORI<br>ARTERIOGRAFIA ARCO AORTICO E VASI EPIAORTICI<br>ARTERIOGRAFIA ARCO AORTICO, VASI EPIAORTICI E AORTA TORACICA (COMPRESI ARTI SUPERIORI)<br>ARTERIOGRAFIA ARTO INFERIORE MONOLATERALE (UNICO ESAME)<br>ARTERIOGRAFIA ILIACA E ARTERIE FEMORALI COMPRESI ARTI INFERIORI<br>ARTERIOGRAFIA POLMONARE<br>ARTERIOGRAFIA POLMONARE E CAVOGRAFIA<br>ARTERIOGRAFIA TOTAL BODY DELL' AORTA (DISTRETTO SOPRAORTICO-TORACICA-ADDOMINALE)<br>CAVOGRAFIA INFERIORE O SUPERIORE<br>CONTROLLO TIPS<br>FLEBOGRAFIA ARTI SUPERIORI E CAVOGRAFIA<br>FLEBOGRAFIA ARTI SUPERIORI O INFERIORI<br>FLEBOGRAFIA DELL' ORBITA<br>FLEBOGRAFIA DI UN ARTO<br>FLEBOGRAFIA OVARICA MONOLATERALE<br>FLEBOGRAFIA OVARICA BILATERALE<br>FLEBOGRAFIA SPERMATICA MONOLATERALE<br>FLEBOGRAFIA SPERMATICA BILATERALE<br>FLEBOGRAFIA SPINALE<br>LINFOGRAFIA<br>MIDOLLARE<br>PANANGIOGRAFIA CEREBRALE |
| <b>Risonanza Magnetica Nucleare</b>  | USO DI QUALSIASI MEZZO DI CONTRASTO<br>- angio o wirsung rmn<br>- arti o articolazioni<br>- cervello o flussi liquorali<br>- muscoloscheletrica<br>ANGIO R.M. (QUALSIASI DISTRETTO VASCOLARE - A DISTRETTO)<br>ATM MONOLATERALE<br>CINE R.M. COME STUDIO FUNZIONALE DI ARTICOLAZIONI<br>COLANGIO E/O WIRSUNG RMN<br>R.M. ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI<br>R.M. ADDOME SUPERIORE O INFERIORE - PELVI<br>R.M. ARTICOLAZIONE ED 1 SEGMENTO OSSEO (GINOCCHIO - SPALLA - GOMITO - COLLO PIEDE - ETC.)<br>R.M. OGNI ARTICOLAZIONE E SEGMENTO OSSEO OLTRE AL PRIMO<br>R.M. BACINO O COLLO O LARINGE O FARINGE O CRANIO O IPOFISI O NERVI ACUSTICI O MAMMELLA BILATERALE O MASSICCIO FACCIALE O TORACE E MEDIASTINO<br>R.M. CUORE<br>R.M. RACHIDE E MIDOLLO SPINALE (1 TRATTO)<br>R.M. RACHIDE E MIDOLLO SPINALE (2 TRATTI)<br>R.M. RACHIDE E MIDOLLO SPINALE (3 TRATTI)<br>R.M. TOTAL BODY: CRANIO, TORACE, ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI<br>STUDIO DEI FLUSSI LIQUORALI CEREBRALI   |
| <b>Scintigrafia</b>                  | - angiocardioscintigrafia o angiografia cardiaca<br>- angioscintigrafia o flebosintigrafia<br>- cerebrale<br>- cisternoscintigrafia o cistosintigrafia<br>- globale corporea<br>- immunoscintigrafia  |



AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51- 20121 Milano (MI). Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-escsa.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102 - P. IVA. e C.F. 07906760967 e numero di Iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.

[www.afi-escsa.it](http://www.afi-escsa.it)

|  |   |
|--|---|
|  | - linfoscintigrafia   |
|  | - mammaria  |
|  | - miocardio   |
|  | - PET   |
|  | - polmonare   |
|  | - renale o surrenale o epatobiliare o epatosplenica o splenica o epatica  |
|  | - spect   |
|  | - tiroidea  |
| <b>Tomografia Assiale Computerizzata</b> |   |
|  | USO DI QUALSIASI MEZZO DI CONTRASTO   |
|  | ANGIO T.C. DI QUALSIASI DISTRETTO - A DISTRETTO CON EVENTUALE RICOSTRUZIONE 3D                                      |
|  | ARTROTAC O T.C. DISTRETTI ARTICOLARI/SEGMENTI OSSEI   |
|  | BRONCOSCOPIA VIRTUALE (ESEGUITA CON TC PIU' RICOSTRUZIONE 3D PIU' ENDOSCOPIA VIRTUALE)                              |
|  | COLONSCOPIA VIRTUALE (ESEGUITA CON TC PIU' RICOSTRUZIONE 3D PIU' ENDOSCOPIA VIRTUALE)                               |
|  | DENTASCAN: 1 ARCATA   |
|  | DENTASCAN: 2 ARCATE   |
|  | MIELO T.C.: 1 TRATTO COLONNA VERTEBRALE   |
|  | MIELO T.C.: 2 TRATTI COLONNA VERTEBRALE   |
|  | MIELO T.C.: 3 TRATTI COLONNA VERTEBRALE   |
|  | O.C.T. - TOMOGRAFIA A COERENZA OTTICA   |
|  | T.C. ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI   |
|  | T.C. BACINO E SACRO   |
|  | T.C. COLONNA VERTEBRALE: 1 SEGMENTO CON UN MINIMO DI 3 SPAZI INTERSOMATICI  |
|  | T.C. COLONNA VERTEBRALE: 2 SEGMENTI (CERVICALE E DORSALE O LOMBOSACRALE E SACROCOCCIGEO)                            |
|  | T.C. COLONNA VERTEBRALE: 3 SEGMENTI (CERVICALE E DORSALE E LOMBOSACRALE O SACROCOCCIGEO)                            |
|  | T.C. CRANIO E/O ORBITE O T.C. CRANIO E/O SELLA TURCICA O T.C. CRANIO E/O ROCCHIE PETROSE O T.C. CRANIO E/O MASTOIDI |
|  | TC MASCELLARE CON ELABORAZIONE COMPUTERIZZATA SUPERIORE O INFERIORE (VITREA)  |
|  | T.C. TORACE O ADDOME SUPERIORE O INFERIORE - PELVI  |
|  | T.C. TOTAL BODY: CRANIO, TORACE, ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI   |
|  | TAC/PET   |
|  | · angioT.C.   |
|  | · artrotac  |
|  | · broncoscopia  |
|  | · colonna   |
|  | · colonscopia   |
|  | · mieloT.C.   |
|  | · O.C.T.  |
|  | · PET   |
|  | · stratigrafia  |
|  | · toraceoaddome   |
|  | · totalbody   |
| <b>Accertamentiradiologici (RX)</b>      |   |
|  | · Urografia   |
| <b>Terapie:</b>                          |   |
|  | · Dialisi   |
| <b>Medicina nucleare (scintigrafia)</b>  |   |
| <b>Apparato circolatorio</b>             |   |
|  | ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO  |
|  | ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO  |
|  | ANGIOSCINTIGRAFIA DISTRETTI ARTERIOSI O VENOSI  |
|  | SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO (SPECT)   |
|  | SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO (PLANARE)   |
|  | SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO E DOPO STIMOLO (PET)  |
|  | SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO E DOPO STIMOLO (PLANARE)  |
|  | SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO PER L'IDENTIFICAZIONE DEL MIOCARDIO VITALE MEDIANTE REINIEZIONE                          |
|  | SCINTI O TOMO SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO E DOPO STIMOLO (SPECT)  |
|  | STUDIO DELLA FUNZIONE VENTRICOLARE GLOBALE E REGIONALE (GATED-SPECT)  |
| <b>Apparato digerente</b>                |   |
|  | RICERCA DI MUCOSA GASTRICA ECTOPICA   |
|  | SCINTIGRAFIA DELLE GHIANDOLE SALIVARI   |
|  | VALUTAZIONE DELLE GASTRO ENTERORRAGIE   |
| <b>Apparato emopoietico</b>              |   |
|  | DETERMINAZIONE DEL TEMPO DI SOPRAVVIVENZA DELLE EMAZIE  |
|  | DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO E DEL VOLUME ERITROCITARIO   |
|  | DETERMINAZIONE DELLA CINETICA PIASTRINICA   |
|  | DETERMINAZIONE DELL'ASSORBIMENTO INTESTINALE DELLA VITAMINA B12 (TEST DI SCHILLING)                                 |
|  | LINFOSCINTIGRAFIA SEGMENTARIA   |



AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51- 20121 Milano (MI). Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102 - P. IVA. e C.F. 07906760967 e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.

[www.afi-esca.it](http://www.afi-esca.it)

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
|                                     | MISURA DELL'ASSORBIMENTO O DELLA PERMEABILITÀ INTESTINALE  |
|                                     | STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA  |
| <b>Apparato osteo-articolare</b>    |  |
|                                     | SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)  |
|                                     | SCINTIGRAFIA GLOBALE SCHELETRICA   |
|                                     | SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE POLIFASICA SEGMENTARIA   |
|                                     | SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA  |
| <b>Apparato respiratorio</b>        |  |
|                                     | SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO   |
|                                     | SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (PLANARE)  |
|                                     | SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (SPECT)  |
|                                     | SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA  |
| <b>Apparato urinario</b>            |  |
|                                     | CISTOSCINTIGRAFIA DIRETTA  |
|                                     | SCINTIGRAFIA RENALE CON DMSA (PLANARE)   |
|                                     | SCINTIGRAFIA RENALE CON DMSA (SPECT)   |
|                                     | SCINTIGRAFIA RENALE SEQUENZIALE CON TRACC. A RAPIDA ESCREZIONE ED ELABORAZIONE E VALUTAZIONE PARAMETRI SEMIQUANTITATIVI E/O QUANTITATIVI E MISURA DEL FILTRATO GLOMERULARE |
| <b>Fegato e vie biliari e milza</b> |  |
|                                     | SCINTIGRAFIA EPATICA (SPECT)   |
|                                     | SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORE POSITIVO (PLANARE)   |
|                                     | SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORE POSITIVO (SPECT)   |
|                                     | SCINTIGRAFIA EPATO-BILIARE SEQUENZIALE   |
|                                     | SCINTIGRAFIA EPATOSPLENICA (PLANARE)   |
|                                     | SCINTIGRAFIA EPATOSPLENICA CON FLUSSIMETRIA E CLEARANCE KUPFFERIANA  |
|                                     | SCINTIGRAFIA SPLENICA CON EMASIE AUTOLOGHE   |
| <b>Sistema nervoso centrale</b>     |  |
|                                     | SCINTIGRAFIA CEREBRALE (PLANARE)   |
|                                     | SCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPECT)   |
|                                     | SCINTIGRAFIA CEREBRALE PLANARE CON ANGIOSCINTIGRAFIA   |
|                                     | SCINTIGRAFIA CEREBRALE QUALITATIVA (PET)   |
|                                     | SCINTIGRAFIA CEREBRALE QUANTITATIVA (PET)  |
|                                     | SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO CORPOREO TOTALE   |
| <b>Tiroide e paratiroide</b>        |  |
|                                     | CAPTAZIONE TIROIDEA  |
|                                     | SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI (INCLUSA SCINTIGRAFIA TIROIDEA)   |
|                                     | SCINTIGRAFIA TIROIDEA  |
|                                     | SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORE POSITIVO  |
|                                     | SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA PER RICERCA METASTASI TUMORI TIROIDEI  |
| <b>Altri organi</b>                 |  |
|                                     | IMMUNOSCINTIGRAFIA   |
|                                     | RICERCA DI FOCOLAI FLOGISTICI CON LEUCOCITI AUTOLOGHI MARCATI  |
|                                     | RICERCA LINFONODO SENTINELLA (CHIRURGIA RADIOGUIDATA)  |
|                                     | SCINTIGRAFIA DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE   |
|                                     | SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA PER LOCALIZZAZIONE NEOPLASTICA CON INDICATORI POSITIVI   |
|                                     | SCINTIGRAFIA MAMMARIA BILATERALE   |
|                                     | SCINTIGRAFIA SURRENALE   |
|                                     | TAC/PET  |
| <b>Cardiologia</b>                  |  |
|                                     | CARDIOTOCOGRAFIA   |
|                                     | E.C.G. DI BASE   |
|                                     | E.C.G. DI BASE E DOPO SFORZO (TEST DI MASTER)  |
|                                     | E.C.G. DI BASE E DOPO SFORZO TREADMILL   |
|                                     | E.C.G. DINAMICO SECONDO HOLTER (24 H)  |
|                                     | E.C.G. DOMICILIARE   |
|                                     | MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA DINAMICO CONTINUO (24 H)  |
|                                     | STUDIO ELETTROFISIOLOGICO TRANSESOFOGEO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO  |
|                                     | TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O AL TAPPETO ROTANTE) COMPRESO ONORARIO PROFESSIONALE   |
|                                     | TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O AL TAPPETO ROTANTE) CON DETERMINAZIONE CONSUMO DI O2 COMPRESO ONORARIO PROFESSIONALE                                |
|                                     | TILT TEST  |
| <b>Cardiologia Interventistica</b>  |  |
|                                     | CATERETERISMO DESTRO E SINISTRO E CALCOLO PORTATE E GRADIENTI CON CORONAROGRAFIA + VENTRICOLOGRAFIA DESTRA E SINISTRA  |
|                                     | CORONAROGRAFIA + VENTRICOLOGRAFIA SINISTRA + CATERETERISMO SINISTRO  |



AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51- 20121 Milano (MI). Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102 - P. IVA. e C.F. 07906760967 e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.

[www.afi-esca.it](http://www.afi-esca.it)

|   |   |
|---|---|
|   | CORONAROGRAFIA CIRCOLO NATIVO + STUDIO SELETTIVO DI BYPASS VENOSI ED ARTERIOSI + VENTRICOLOGRAFIA SINISTRA + CATETERISMO SINISTRO   |
| <b>Oculistica</b>                       | FLUORANGIOGRAFIA DELLA RETINA CON VERDE INDOCIANINA<br>RETINOGRAFIA<br>FLUORANGIOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE<br>FLUORANGIOGRAFIA DELLA RETINA CON FLUORESCINA   |
| <b>Ostetricia</b>                       | AMNIOCENTESI  |
| <b>Radiologia</b>                       | ARTROGRAFIA<br>ARTROGRAFIA ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE BILATERALE (COMPARATIVA)<br>ARTROGRAFIA ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE MONOLATERALE<br>BRONCOGRAFIA, MONOLATERALE O BILATERALE<br>CISTOGRAFIA<br>CISTOGRAFIA CON DOPPIO CONTRASTO<br>COLANGIOGRAFIA ATTRAVERSO TUBO DI KEHR O POST OPERATORIA<br>COLANGIOGRAFIA ENDOVENOSA (CON EVENTUALI PROVE FARMACOLOGICHE)<br>COLANGIOGRAFIA INTRA OPERATORIA<br>COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA<br>COLANGIOGRAFIA RETROGRADA<br>COLANGIOPANCREATOGRAFIA DIAGNOSTICA (ERCP ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY)<br>COLECISTOGRAFIA PER OS CON O SENZA PROVA DI BRONNER<br>COLPO-CISTO-DEFECOGRAFIA<br>DEFECOGRAFIA<br>DACRIOCISTOGRAFIA<br>FISTOLOGRAFIA<br>GALATTOGRAFIA<br>ISTEROSALPINGOGRAFIA (COMPRESO ESAME DIRETTO) - COMPRESA PRESTAZIONE DEL RADIOLOGO/GINECOLOGO<br>MIELOGRAFIA CERVICALE O DORSALE<br>SCIALOGRAFIA<br>SPLENOPORTOGRAFIA<br>UROGRAFIA (ESAME COMPLETO)<br>VESCICOLO DEFERENTOGRAFIA |
| <b>ENDOSCOPIE SENZA BIOPSIA</b>         | BRONCOSCOPIA VIRTUALE (ESEGUITA CON TC PIU RICOSTRUZIONE 3D PIU ENDOSCOPIA VIRTUALE)<br>COLONSCOPIA VIRTUALE (ESEGUITA CON TC PIU RICOSTRUZIONE 3D PIU ENDOSCOPIA VIRTUALE)<br>ECOENDOSCOPIA DEL RETTO<br>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA COMPRESO PASSAGGIO DI SONDA DI DILATAZIONE<br>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA DIAGNOSTICA ED EVENTUALE TEST RAPIDO H. PYLORI<br>RETTOSCOPIA DIAGNOSTICA CON STRUMENTO RIGIDO<br>RETTOSIGMOIDOSCOPIA DIAGNOSTICA CON FIBRE OTTICHE   |
| <b>ALTA SPECIALIZZAZIONE</b>            |   |
| <b>TERAPIE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE</b> |   |
| <b>Chemioterapia</b>                    | PRESTAZIONI EQUIPE MEDICA ONCOLOGICA IN REGIME DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL (DEGENZA DIURNA) O AMBULATORIALE O DOMICILIARE PER MONO-POLICHEMIOTERAPIA ANTIBLASTICA E/O IPERTERMIA, CON INFUSIONE CONTINUA (comprensiva del costo del farmaco somministrato)<br>USO POMPA ELETTRONICA PORTATILE PER INFUSIONE CONTINUA O CIRCADIANA PER MONO-POLICHEMIOTERAPIA  |
| <b>Radioterapia</b>                     | IPERTERMIA ASSOCIATA ALLA RADIOTERAPIA<br>POSIZIONAMENTO DI PLACCHE PER LA RADIOTERAPIA DEL MELANOMA COROIDALE COMPRESA PRESTAZIONE DEL MEDICO OCULISTA<br>RADIOTERAPIA CON TECNICHE SPECIALI: IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEBI)<br>RADIOTERAPIA CON TECNICHE SPECIALI: IRRADIAZIONE EMICORPOREA (HBI)<br>RADIOTERAPIA CON TECNICHE SPECIALI: PANIRRADIAZIONE (TBI) FRAZIONATA<br>RADIOTERAPIA CON TECNICHE SPECIALI: PANIRRADIAZIONE (TBI)<br>RADIOTERAPIA CONFORMAZIONALE DINAMICA CON COLLIMATORE MICRO-MULTI-LEAF<br>RADIOTERAPIA IMRT<br>RADIOTERAPIA STEREOTASSICA (ANCHE CYBER KNIFE)<br>RADIOTERAPIA STEREOTASSICA PLURIFRAZIONATA<br>SIMULAZIONE PER RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON ANGIOGRAFIA<br>SIMULAZIONE PER RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON TAC<br>SISTEMA IMMOBILIZZAZIONE PER RADIOTERAPIA 3D E DINAMICA   |
| <b>Laserterapia</b>                     | LASERTERAPIA ANTALGICA<br>LASERTERAPIA VAGINALE O VULVARE O DELLA PORTIO<br>LASERTERAPIA DEGLI ANNESSI, DELLA CONGIUNTIVA, DEI NEOVASI O NUBECOLE CORNEALI<br>LASERTERAPIA DEL GLAUCOMA E DELLE SUE COMPLICANZE   |



AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51- 20121 Milano (MI). Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102 - P. IVA. e C.F. 07906760967 e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.

[www.afi-esca.it](http://www.afi-esca.it)

|                |   |
|----------------|---|
|                | LASERTERAPIA DELLE VASCULOPATIE E/O MALFORMAZIONI RETINICHE |
|                | LASERTERAPIA IRIDEA   |
|                | LASERTERAPIA LESIONI RETINICHE                              |
|                | LASERTERAPIA NELLA RETINOPATIA DIABETICA                    |
| <b>Dialisi</b> |   |
|                | CICLODIALISI  |
|                | EMODIALISI  |



**AFI ESCA IARD S.A.** - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51- 20121 Milano (MI).  
 Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo,  
 Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese  
 di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102 - P. IVA. e C.F. 07906760967 e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.

## ALLEGATO 3 | QUADRI SINOTTICI

### QUADRO SINOTTICO

#### DIPENDENTI & AMMINISTRATORI OPZIONE ALPHA-2026

| GARANZIE   | CONDIZIONI  | LIMITI   |
|--|---|--|
| <b>Ospedaliere</b>   |   |  |
| <b>Ricovero</b> in Istituto di cura e/o Intervento Chirurgico<br>Sono altresì rimborsabili, sempre entro il limite del massimale previsto per la garanzia "Ospedaliere":<br>- Interventi Ambulatoriali e Day Hospital<br>- Terapie in regime di ricovero o di Day Hospital<br>Punto A).1 | Massimale   | Euro 150.000   |
|  | Diretta   | Scoperto 10%   |
|  | Indiretta   | Scoperto 25% - min Euro 1.000  |
|  | Mista   | v. sopra per parte in / fuori rete   |
|  | Limite retta di degenza fuori rete  | Euro 300   |
|  | Spese Pre/Post  | 90/90 gg.  |
| <b>Grande Intervento:</b> Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" quelli definiti nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992<br>Punto A).2  | Massimale   | raddoppiato  |
|  | Diretta   | Scoperto 10%   |
|  | Indiretta   | Scoperto 25% - min Euro 1.500  |
|  | Spese Pre/Post  | 150/150 gg.  |
| <b>Sottolimiti</b>   | Day Hospital ed Interventi Ambulatoriali  | Euro 2.000 per evento  |
|  | Terapie   | Euro 2.000   |
|  | Parto Naturale  | Euro 1.500   |
|  | Parto Cesareo ed Aborto terapeutico   | Euro 2.500   |
|  | Correzione Difetti Visivi   | Euro 1.000<br>Sottolimito € 500 per occhio   |
| <b>Accompagnatore</b>  | --  | Euro 30 al giorno max 40 gg.   |
| <b>Trasporto Malato</b>  | --  | Euro 2.000   |
| <b>Indennità sostitutiva</b><br>Punto A).4   | Ricovero con intervento   | Euro 100 al giorno max 50 gg.  |
|  | Ricovero senza intervento   | Euro 100 max 50 gg.<br>2 gg. Franchigia assoluta   |
|  | Spese Pre/Post  | 90/90 gg.  |
| <b>Extra-Ospedaliere</b>   |   |  |
| <b>Alta Diagnostica</b><br>Si considera Alta diagnostica l'elenco di cui all' Allegato 2.<br>Punto B).1  | Massimale   | Euro 2.000   |
|  | In rete   | Scoperto 10%   |
|  | Fuori rete  | Scoperto 25% min Euro 80   |
| <b>Terapie di Alta Specializzazione, Incluse le cure Oncologiche extraospedaliere</b><br>Punto B).1.1- B).1.2<br><b>Sottolimito:</b>   | Massimale   | Euro 10.000  |
|  | In rete   | Scoperto 10%   |
|  | Fuori rete  | Scoperto 25% min Euro 80   |
|  | Ospedalizzazione Domiciliare per Malattia Terminale   | Euro 50 al giorno max 120 gg.  |
| <b>Diagnostica Diversa da Alta Specializzazione /Visite Specialistiche /Pacchetto Maternità/ Medicina alternativa o complementare -Trattamenti osteopatici Assistenza Infermieristica a Domicilio</b><br>Punti B).2-B).3-B).3.1-B).4-B).5<br><b>Sottolimito</b>                          | Massimale   | Euro 2.000   |
|  | In rete   | Scoperto 10%   |
|  | Fuori rete  | Scoperto 25% - min Euro 60   |
|  | Pacchetto Maternità   | - N° 4 ecografie (anche morfologica);<br>- Analisi clinico-chimiche;<br>- N° 3 visite di controllo |
|  | Medicina alternativa o complementare<br>Trattamenti osteopatici   | Sottolimito € 200<br>Scoperto 10%- min Euro 40   |
|  | Assistenza Infermieristica Domiciliare (sub-massimale)  | Euro 36 al giorno max Euro 500   |
|  | <b>Cure dentarie</b> La Società rimborsa visite, cure, estrazioni, protesi e impianti dentari ed ortodontici.<br>Punto B).6 | Massimale<br>In rete<br>Fuori rete   |
| <b>Lenti</b><br>Punto B).7   | Massimale   | Euro 300   |
|  | Condizioni  | Franchigia Euro 50   |
| <b>Ticket SSN</b><br>Punto B).8  | Massimale   | Euro 2.000   |
|  | Condizioni  | rimborso al 100%   |



**QUADRO SINOTTICO**  
**DIPENDENTI & AMMINISTRATORI OPZIONE BETA-2026**

| GARANZIE   | CONDIZIONI  | LIMITI   |
|--|---|--|
| <b>Ospedaliere</b>   |   |  |
| <b>Ricovero</b> in Istituto di cura e/o Intervento Chirurgico<br>Sono altresì rimborsabili, sempre entro il limite del massimale previsto per la garanzia "Ospedaliere":<br>- Interventi Ambulatoriali e Day Hospital<br>- Terapie in regime di ricovero o di Day Hospital<br>Punto A).1 | Massimale   | Euro 250.000   |
|  | Diretta   | Scoperto 10%   |
|  | Indiretta   | Scoperto 25% - min Euro 1.000  |
|  | Mista   | v. sopra per parte in / fuori rete   |
|  | Limite retta di degenza fuori rete                              | Euro 350   |
|  | Spese Pre/Post  | 90/90 gg.  |
| <b>Grande Intervento:</b> Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" quelli definiti nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992<br>Punto A).2  | Massimale   | raddoppiato  |
|  | Diretta   | Scoperto 10%   |
|  | Indiretta   | Scoperto 25% - min Euro 1.500  |
|  | Spese Pre/Post  | 150/150 gg.  |
| <b>Sottolimiti</b>   | Day Hospital ed Interventi Ambulatoriali                        | Euro 3.000 per evento  |
|  | Terapie   | Euro 3.000   |
|  | Parto Naturale  | Euro 2.500   |
|  | Parto Cesareo ed Aborto terapeutico                             | Euro 4.000   |
|  | Correzione Difetti Visivi                                       | Euro 1.500<br>Sottolimito di € 750 per occhio  |
| <b>Accompagnatore</b>  | --  | Euro 60 al giorno max 40 gg.   |
| <b>Trasporto Malato</b>  | --  | Euro 3.000   |
| <b>Indennità sostitutiva</b><br>Punto A).4   | Ricovero con intervento   | Euro 120 al giorno max 70 gg.  |
|  | Ricovero senza intervento                                       | Euro 120 max 70 gg.<br>2 gg. Franchigia assoluta   |
|  | Spese Pre/Post  | 90/90 gg.  |
|  | <b>Extra-Ospedaliere</b>  |  |
| <b>Alta Diagnostica</b><br>Si considera Alta diagnostica l'elenco di cui all' Allegato 2.<br>Punto B).1  | Massimale   | Euro 4.000   |
|  | Diretta   | Scoperto 10%   |
|  | Indiretta   | Scoperto 25% min Euro 80   |
| <b>Terapie di Alta Specializzazione, Incluse le cure Oncologiche extraospedaliere</b><br>Punto B).1.1- B).1.2<br><b>Sottolimito:</b>   | Massimale   | Euro 15.000  |
|  | In rete   | Scoperto 10%   |
|  | Fuori rete  | Scoperto 25% min Euro 80   |
|  | Ospedalizzazione Domiciliare per Malattia Terminale             | Euro 50 al giorno max 120 gg.  |
| <b>Diagnostica Diversa da Alta Specializzazione /Visite Specialistiche /Pacchetto Maternità/ Medicina alternativa o complementare -Trattamenti osteopatici Assistenza Infermieristica a Domicilio</b><br>Punti B).2-B).3-B)3.1-B).4-B).5<br><b>Sottolimito</b>                           | Massimale   | Euro 3.000   |
|  | Diretta   | Scoperto 10%   |
|  | Indiretta   | Scoperto 25% - min Euro 60   |
|  | Medicina alternativa o complementare<br>Trattamenti osteopatici | - N° 4 ecografie (anche morfologica);<br>- Analisi clinico-chimiche;<br>- N° 3 visite di controllo |
|  | Medicina alternativa o complementare /Trattamenti osteopatici   | Sottolimito € 400<br>Scoperto 10%- min Euro 40   |
|  | Assistenza Infermieristica Domiciliare (Sottolimito)            | Euro 36 al giorno max Euro 500   |
| <b>Cure dentarie</b> La Società rimborsa visite, cure, estrazioni, protesi e impianti dentari ed ortodontici.<br>Punto B).6  | Massimale   | Euro 1.500   |
|  | Diretta   | Scoperto 10%   |
|  | Indiretta   | Scoperto 25% - min Euro 150  |
| <b>Lenti</b><br>Punto B).7   | Massimale   | Euro 400   |
|  | Condizioni  | Franchigia Euro 50   |
| <b>Ticket SSN</b><br>Punto B).8  | Massimale   | Euro 2.000   |
|  | Condizioni  | rimborso al 100%   |

**QUADRO SINOTTICO**



AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51- 20121 Milano (MI). Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102 - P. IVA. e C.F. 07906760967 e numero di Iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.

[www.afi-esca.it](http://www.afi-esca.it)

**DIPENDENTI & AMMINISTRATORI OPZIONE GAMMA-2026**

| GARANZIE   | CONDIZIONI  | LIMITI   |
|--|---|--|
| <b>Ospedaliere</b>   |   |  |
| <b>Ricovero</b> in Istituto di cura e/o Intervento Chirurgico<br>Sono altresì rimborsabili, sempre entro il limite del massimale previsto per la garanzia "Ospedaliere":<br>- Interventi Ambulatoriali e Day Hospital<br>- Terapie in regime di ricovero o di Day Hospital<br>Punto A).1 | Massimale   | Euro 350.000   |
|  | Diretta   | Scoperto 10%   |
|  | Indiretta   | Scoperto 25% - min Euro 1.000  |
|  | Mista   | v. sopra per parte in / fuori rete   |
|  | Limite retta di degenza fuori rete                              | Euro 450   |
|  | Spese Pre/Post  | 90/90 gg.  |
| <b>Grande Intervento:</b> Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" quelli definiti nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992<br>Punto A).2  | Massimale   | raddoppiato  |
|  | Diretta   | Scoperto 10%   |
|  | Indiretta   | Scoperto 25% - min Euro 1.500  |
|  | Spese Pre/Post  | 150/150 gg.  |
| <b>Sottolimiti</b>   | Day Hospital ed Interventi Ambulatoriali                        | Euro 4.000 per evento  |
|  | Terapie   | Euro 5.000   |
|  | Parto Naturale  | Euro 4.500   |
|  | Parto Cesareo ed Aborto terapeutico                             | Euro 7.000   |
|  | Correzione Difetti Visivi                                       | Euro 2.300<br>Sottolimito € 1.150 per occhio   |
| <b>Accompagnatore</b>  | --  | Euro 100 al giorno max 50 gg.  |
| <b>Trasporto Malato</b>  | --  | Euro 4.000   |
| <b>Indennità sostitutiva</b><br>Punto A).4   | Ricovero con intervento   | Euro 150 al giorno max 150 gg.   |
|  | Ricovero senza intervento                                       | Euro 150 al giorno max 150 gg.   |
|  | Spese Pre/Post  | 90/90 gg.  |
| <b>Extra-Ospedaliere</b>   |   |  |
| <b>Alta Diagnostica</b><br>Si considera Alta diagnostica l'elenco di cui all' Allegato 2.<br>Punto B).1  | Massimale   | Euro 6.000   |
|  | Diretta   | Scoperto 10%   |
|  | Indiretta   | Scoperto 25% - min Euro 80   |
| <b>Terapie di Alta Specializzazione, Incluse le cure Oncologiche extraospedaliere</b><br>Punto B).1.1- B).1.2<br><b>Sottolimito:</b>   | Massimale   | Euro 20.000  |
|  | In rete   | Scoperto 10%   |
|  | Fuori rete  | Scoperto 25% min Euro 80   |
|  | Ospedalizzazione Domiciliare per Malattia Terminale             | Euro 50 al giorno max 120 gg.  |
| <b>Diagnostica Diversa da Alta Specializzazione /Visite Specialistiche /Pacchetto Maternità/ Medicina alternativa o complementare -Trattamenti osteopatici Assistenza Infermieristica a Domicilio</b><br>Punti B).2-B).3-B).3.1-B).4-B).5<br><b>Sottolimito</b>                          | Massimale   | Euro 4.000   |
|  | Diretta   | Scoperto 10%   |
|  | Indiretta   | Scoperto 25% - min Euro 60   |
|  | Medicina alternativa o complementare<br>Trattamenti osteopatici | - N° 4 ecografie (anche morfologica);<br>- Analisi clinico-chimiche;<br>- N° 3 visite di controllo |
|  | Medicina alternativa o complementare /Trattamenti osteopatici   | Sottolimito € 600<br>Scoperto 10%- min Euro 40   |
|  | Assistenza Infermieristica Domiciliare (Sottolimito)            | Euro 70 al giorno max 20 gg  |
| <b>Cure dentarie</b> La Società rimborsa visite, cure, estrazioni, protesi e impianti dentari ed ortodontici.<br>Punto B).6  | Massimale   | Euro 2.500   |
|  | Diretta   | Scoperto 10%   |
|  | Indiretta   | Scoperto 25% - min Euro 150  |
| <b>Lenti</b><br>Punto B).7   | Massimale   | Euro 700   |
|  | Condizioni  | Franchigia Euro 50   |
| <b>Ticket SSN</b><br>Punto B).8  | Massimale   | Euro 2.000   |
|  | Condizioni  | rimborso al 100%   |



**QUADRO SINOTTICO**

**Opzioni Integrativa QUAS QUADRI OPZIONE DELTA - 2026**

| GARANZIE   | CONDIZIONI   | LIMITI   |
|--|--|--|
| <b>Ospedaliere</b>   |  |  |
| <b>Ricovero</b> in Istituto di cura e/o Intervento Chirurgico<br>Sono altresì rimborsabili, sempre entro il limite del massimale previsto per la garanzia "Ospedaliere":<br>- Interventi Ambulatoriali e Day Hospital<br>- Terapie in regime di ricovero o di Day Hospital<br>Punto A).1 | Massimale  | Euro 150.000   |
|  | Diretta  | Rimborso al 100%   |
|  | Indiretta  | Scoperto 25% - min Euro 1.000  |
|  | Mista  | v. sopra per parte in / fuori rete   |
|  | Limite retta di degenza fuori rete                           | Euro 300   |
|  | Spese Pre/Post   | 90/90 gg.  |
| <b>Grande Intervento:</b> Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" quelli definiti nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992<br>Punto A).2  | Massimale  | raddoppiato  |
|  | Diretta  | Scoperto 10%   |
|  | Indiretta  | Scoperto 25% - min Euro 1.500  |
|  | Spese Pre/Post   | 150/150 gg.  |
| <b>Sottolimiti</b>   | Day Hospital ed Interventi Ambulatoriali                     | Euro 2.000 per evento  |
|  | Terapie  | Euro 2.000   |
|  | Parto Naturale   | Euro 1.500   |
|  | Parto Cesareo ed Aborto terapeutico                          | Euro 2.500   |
|  | Correzione Difetti Visivi                                    | Euro 1.000   |
| <b>Accompagnatore</b>  | --   | Sottolimito € 500 per occhio   |
| <b>Trasporto Malato</b>  | --   | Euro 30 al giorno max 40 gg.   |
| <b>Indennità sostitutiva</b><br>Punto A).4   |  | Euro 2.000   |
|  | Ricovero con intervento                                      | Euro 100 al giorno max 50 gg.  |
|  | Ricovero senza intervento                                    | Euro 100 max 50 gg.  |
|  | Spese Pre/Post   | 2 gg. Franchigia assoluta<br>90/90 gg.   |
| <b>Extra-Ospedaliere</b>   |  |  |
| <b>Alta Diagnostica</b><br>Si considera Alta diagnostica l'elenco di cui all' Allegato 2.<br>Punto B).1  | Massimale  | Euro 2.000   |
|  | In rete  | Scoperto 10%   |
|  | Fuori rete   | Scoperto 25% min Euro 80   |
| <b>Terapie di Alta Specializzazione, Incluse le cure Oncologiche extraospedaliere</b><br>Punto B).1.1- B).1.2<br><b>Sottolimito:</b>   | Massimale  | Euro 10.000  |
|  | In rete  | Scoperto 10%   |
|  | Fuori rete   | Scoperto 25% min Euro 80   |
|  | Ospedalizzazione Domiciliare per Malattia Terminale          | Euro 50 al giorno max 120 gg.  |
| <b>Diagnostica Diversa da Alta Specializzazione /Visite Specialistiche /Pacchetto Maternità/ Medicina alternativa o complementare -Trattamenti osteopatici Assistenza Infermieristica a Domicilio</b><br>Punti B).2-B).3-B).3.1-B).4-B).5<br><b>Sottolimito</b>                          | Massimale  | Euro 2.000   |
|  | In rete  | Scoperto 10%   |
|  | Fuori rete   | Scoperto 25% - min Euro 60   |
|  | Pacchetto Maternità  | - N° 4 ecografie (anche morfologica);<br>- Analisi clinico-chimiche;<br>- N° 3 visite di controllo |
|  | Medicina alternativa o complementare Trattamenti osteopatici | Sottolimito € 200<br>Scoperto 10%- min Euro 40   |
|  | Assistenza Infermieristica Domiciliare (sub-massimale)       | Euro 36 al giorno max Euro 500   |
|  |  |  |
| <b>Cure dentarie</b> La Società rimborsa visite, cure, estrazioni, protesi e impianti dentari ed ortodontici.<br>Punto B).6  | Massimale  | Non previsto   |
|  | In rete  |  |
|  | Fuori rete   |  |
| <b>Lenti</b><br>Punto B).7   | Massimale  | Euro 300   |
|  | Condizioni   | Franchigia Euro 50   |
| <b>Ticket SSN</b><br>Punto B).8  | Massimale  | Euro 2.000   |
|  | Condizioni   | rimborso al 100%   |

✓ **Per Titolare:**

- 1) Spese presentate al Quas: rimborso al 100%;
- 2) Spese No Quas: applicazione franchigie/scoperti previsti dall'opzione

✓ **Per Familiari: applicati franchigie/scoperti previsti dall'opzione**



## QUADRO SINOTTICO

### Opzioni Integrativa QUAS QUADRI OPZIONE THETA - 2026

| GARANZIE   | CONDIZIONI  | LIMITI   |
|--|---|--|
| <b>Ospedaliere</b>   |   |  |
| <b>Ricovero</b> in Istituto di cura e/o Intervento Chirurgico<br>Sono altresì rimborsabili, sempre entro il limite del massimale previsto per la garanzia "Ospedaliere":<br>- Interventi Ambulatoriali e Day Hospital<br>- Terapie in regime di ricovero o di Day Hospital<br>Punto A).1 | Massimale   | Euro 250.000   |
|  | Diretta   | Scoperto 10%   |
|  | Indiretta   | Scoperto 25% - min Euro 1.000  |
|  | Mista   | v. sopra per parte in / fuori rete   |
|  | Limite retta di degenza fuori rete                            | Euro 350   |
|  | Spese Pre/Post  | 90/90 gg.  |
| <b>Grande Intervento:</b> Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" quelli definiti nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992<br>Punto A).2  | Massimale   | raddoppiato  |
|  | Diretta   | Scoperto 10%   |
|  | Indiretta   | Scoperto 25% - min Euro 1.500  |
|  | Spese Pre/Post  | 150/150 gg.  |
| <b>Sottolimiti</b>   | Day Hospital ed Interventi Ambulatoriali                      | Euro 3.000 per evento  |
|  | Terapie   | Euro 3.000   |
|  | Parto Naturale  | Euro 2.500   |
|  | Parto Cesareo ed Aborto terapeutico                           | Euro 4.000   |
|  | Correzione Difetti Visivi                                     | Euro 1.500<br>Sottolimito di € 750 per occhio  |
| <b>Accompagnatore</b>  | --  | Euro 60 al giorno max 40 gg.   |
| <b>Trasporto Malato</b>  | --  | Euro 3.000   |
| <b>Indennità sostitutiva</b><br>Punto A).4   | Ricovero con intervento                                       | Euro 120 al giorno max 70 gg.  |
|  | Ricovero senza intervento                                     | Euro 120 max 70 gg.<br>2 gg. Franchigia assoluta   |
|  | Spese Pre/Post  | 90/90 gg.  |
| <b>Extra-Ospedaliere</b>   |   |  |
| <b>Alta Diagnostica</b><br>Si considera Alta diagnostica l'elenco di cui all' Allegato 2.<br>Punto B).1  | Massimale   | Euro 4.000   |
|  | Diretta   | Scoperto 10%   |
|  | Indiretta   | Scoperto 25% min Euro 80   |
| <b>Terapie di Alta Specializzazione, Incluse le cure Oncologiche extraospedaliere</b><br>Punto B).1.1- B).1.2<br><b>Sottolimito:</b>   | Massimale   | Euro 15.000  |
|  | In rete   | Scoperto 10%   |
|  | Fuori rete  | Scoperto 25% min Euro 80   |
|  | Ospedalizzazione Domiciliare per Malattia Terminale           | Euro 50 al giorno max 120 gg.  |
| <b>Diagnostica Diversa da Alta Specializzazione /Visite Specialistiche /Pacchetto Maternità/ Medicina alternativa o complementare -Trattamenti osteopatici Assistenza Infermieristica a Domicilio</b><br>Punti B).2-B).3-B).3.1-B).4-B).5<br><b>Sottolimito</b>                          | Massimale   | Euro 3.000   |
|  | Diretta   | Scoperto 10%   |
|  | Indiretta   | Scoperto 25% - min Euro 60   |
|  | Pacchetto Maternità   | - N° 4 ecografie (anche morfologica);<br>- Analisi clinico-chimiche;<br>- N° 3 visite di controllo |
|  | Medicina alternativa o complementare /Trattamenti osteopatici | Sottolimito € 400<br>Scoperto 10%- min Euro 40   |
|  | Assistenza Infermieristica Domiciliare                        | Euro 36 al giorno max Euro 500   |
| <b>Cure dentarie</b> La Società rimborsa visite, cure, estrazioni, protesi e impianti dentari ed ortodontici.<br>Punto B).6  | Massimale   | Euro 1.500   |
|  | Diretta   | Scoperto 10%   |
|  | Indiretta   | Scoperto 25% - min Euro 150  |
| <b>Lenti</b><br>Punto B).7   | Massimale   | Euro 400   |
|  | Condizioni  | Franchigia Euro 50   |
| <b>Ticket SSN</b><br>Punto B).8  | Massimale   | Euro 2.000   |
|  | Condizioni  | rimborso al 100%   |

✓ **Per Titolare:**

- 1) Spese presentate al Quas: rimborso al 100%;
- 2) Spese No Quas: applicazione franchigie/scoperti previsti dall'opzione

✓ **Per Familiari: applicati franchigie/scoperti previsti dall'opzione**



AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51- 20121 Milano (MI). Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102 - P. IVA. e C.F. 07906760967 e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.

[www.afi-esca.it](http://www.afi-esca.it)

**QUADRO SINOTTICO**

**Opzioni Integrativa QUAS QUADRI OPZIONE LAMBDA - 2026**

| GARANZIE   | CONDIZIONI  | LIMITI   |
|--|---|--|
| <b>Ospedaliere</b>   |   |  |
| <b>Ricovero</b> in Istituto di cura e/o Intervento Chirurgico<br>Sono altresì rimborsabili, sempre entro il limite del massimale previsto per la garanzia "Ospedaliere":<br>- Interventi Ambulatoriali e Day Hospital<br>- Terapie in regime di ricovero o di Day Hospital<br>Punto A).1 | Massimale   | Euro 350.000   |
|  | Diretta   | Scoperto 10%   |
|  | Indiretta   | Scoperto 25% - min Euro 1.000  |
|  | Mista   | v. sopra per parte in / fuori rete   |
|  | Limite retta di degenza fuori rete                            | Euro 450   |
|  | Spese Pre/Post  | 90/90 gg.  |
| <b>Grande Intervento:</b> Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" quelli definiti nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992<br>Punto A).2  | Massimale   | raddoppiato  |
|  | Diretta   | Scoperto 10%   |
|  | Indiretta   | Scoperto 25% - min Euro 1.500  |
|  | Spese Pre/Post  | 150/150 gg.  |
| <b>Sottolimiti</b>   | Day Hospital ed Interventi Ambulatoriali                      | Euro 4.000 per evento  |
|  | Terapie   | Euro 5.000   |
|  | Parto Naturale  | Euro 4.500   |
|  | Parto Cesareo ed Aborto terapeutico                           | Euro 7.000   |
|  | Correzione Difetti Visivi                                     | Euro 2.300<br>Sottolimito € 1.150 per occhio   |
| <b>Accompagnatore</b>  | --  | Euro 100 al giorno max 50 gg.  |
| <b>Trasporto Malato</b>  | --  | Euro 4.000   |
| <b>Indennità sostitutiva</b><br>Punto A).4   | Ricovero con intervento                                       | Euro 150 al giorno max 150 gg.   |
|  | Ricovero senza intervento                                     | Euro 150 al giorno max 150 gg.   |
|  | Spese Pre/Post  | 90/90 gg.  |
| <b>Extra-Ospedaliere</b>   |   |  |
| <b>Alta Diagnostica</b><br>Si considera Alta diagnostica l'elenco di cui all' Allegato 2.<br>Punto B).1  | Massimale   | Euro 6.000   |
|  | Diretta   | Scoperto 10%   |
|  | Indiretta   | Scoperto 25% - min Euro 80   |
| <b>Terapie di Alta Specializzazione, Incluse le cure Oncologiche extraospedaliere</b><br>Punto B).1.1- B).1.2<br><b>Sottolimito:</b>   | Massimale   | Euro 20.000  |
|  | In rete   | Scoperto 10%   |
|  | Fuori rete  | Scoperto 25% min Euro 80   |
|  | Ospedalizzazione Domiciliare per Malattia Terminale           | Euro 50 al giorno max 120 gg.  |
| <b>Diagnostica Diversa da Alta Specializzazione /Visite Specialistiche /Pacchetto Maternità/ Medicina alternativa o complementare -Trattamenti osteopatici Assistenza Infermieristica a Domicilio</b><br>Punti B).2-B).3-B).3.1-B).4-B).5<br><b>Sottolimito</b>                          | Massimale   | Euro 4.000   |
|  | Diretta   | Scoperto 10%   |
|  | Indiretta   | Scoperto 25% - min Euro 60   |
|  | Pacchetto Maternità   | - N° 4 ecografie (anche morfologica);<br>- Analisi clinico-chimiche;<br>- N° 3 visite di controllo |
|  | Medicina alternativa o complementare /Trattamenti osteopatici | Sottolimito € 600<br>Scoperto 10%- min Euro 40   |
|  | Assistenza Infermieristica Domiciliare                        | Euro 70 al giorno max 20 gg  |
| <b>Cure dentarie</b> La Società rimborsa visite, cure, estrazioni, protesi e impianti dentari ed ortodontici.<br>Punto B).6  | Massimale   | Euro 2.500   |
|  | Diretta   | Scoperto 10%   |
|  | Indiretta   | Scoperto 25% - min Euro 150  |
| <b>Lenti</b><br>Punto B).7   | Massimale   | Euro 700   |
|  | Condizioni  | Franchigia Euro 50   |
| <b>Ticket SSN</b><br>Punto B).8  | Massimale   | Euro 2.000   |
|  | Condizioni  | rimborso al 100%   |

✓ **Per Titolare:**

- 1) Spese presentate al Quas: rimborso al 100%;
- 2) Spese No Quas: applicazione franchigia/scoperti previsti dall'opzione

✓ **Per Familiari: applicati franchigia/scoperti previsti dall'opzione**



## QUADRO SINOTTICO

### Opzioni Integrativa FASI DIRIGENTI OPZIONE OMICRON - 2026

| GARANZIE   | CONDIZIONI  | LIMITI   |
|--|---|--|
| <b>Ospedaliere</b>   |   |  |
| <b>Ricovero</b> in Istituto di cura e/o Intervento Chirurgico<br>Sono altresì rimborsabili, sempre entro il limite del massimale previsto per la garanzia "Ospedaliere":<br>- Interventi Ambulatoriali e Day Hospital<br>- Terapie in regime di ricovero o di Day Hospital<br>Punto A).1 | Massimale   | Euro 150.000   |
|  | Diretta   | Rimborso al 100%   |
|  | Indiretta   | Rimborso al 100%   |
|  | Mista   | v. sopra per parte in / fuori rete   |
|  | Limite retta di degenza fuori rete                              | Euro 300   |
|  | Spese Pre/Post  | 90/90 gg.  |
| <b>Grande Intervento:</b> Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" quelli definiti nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992<br>Punto A).2  | Massimale   | raddoppiato  |
|  | Diretta   | Rimborso al 100%   |
|  | Indiretta   | Rimborso al 100%   |
|  | Spese Pre/Post  | 150/150 gg.  |
| <b>Sottolimiti</b>   | Day Hospital ed Interventi Ambulatoriali                        | Euro 2.000 per evento  |
|  | Terapie   | Euro 2.000   |
|  | Parto Naturale  | Euro 1.500   |
|  | Parto Cesareo ed Aborto terapeutico                             | Euro 2.500   |
|  | Correzione Difetti Visivi                                       | Euro 1.000<br>Sottolimito € 500 per occhio   |
| <b>Accompagnatore</b>  | --  | Euro 30 al giorno max 40 gg.   |
| <b>Trasporto Malato</b>  | --  | Euro 2.000   |
| <b>Indennità sostitutiva</b><br>Punto A).4   | Ricovero con intervento   | Euro 100 al giorno max 50 gg.  |
|  | Ricovero senza intervento                                       | Euro 100 max 50 gg.<br>2 gg. Franchigia assoluta   |
|  | Spese Pre/Post  | 90/90 gg.  |
| <b>Extra-Ospedaliere</b>   |   |  |
| <b>Alta Diagnostica</b><br>Si considera Alta diagnostica l'elenco di cui all' Allegato 2.<br>Punto B).1  | Massimale   | Euro 2.000   |
|  | In rete   | Rimborso al 100%   |
|  | Fuori rete  | Rimborso al 100%   |
| <b>Terapie di Alta Specializzazione, Incluse le cure Oncologiche extraospedaliere</b><br>Punto B).1.1- B).1.2<br><b>Sottolimito:</b>   | Massimale   | Euro 10.000  |
|  | In rete   | Scoperto 10%   |
|  | Fuori rete  | Scoperto 25% min Euro 80   |
|  | Ospedalizzazione Domiciliare per Malattia Terminale             | Euro 50 al giorno max 120 gg.  |
| <b>Diagnostica Diversa da Alta Specializzazione /Visite Specialistiche /Pacchetto Maternità/ Medicina alternativa o complementare -Trattamenti osteopatici Assistenza Infermieristica a Domicilio</b><br>Punti B).2-B).3-B)3.1-B).4-B).5<br><b>Sottolimito</b>                           | Massimale   | Euro 2.000   |
|  | In rete   | Rimborso al 100%   |
|  | Fuori rete  | Rimborso al 100%   |
|  | Pacchetto Maternità   | - N° 4 ecografie (anche morfologica);<br>- Analisi clinico-chimiche;<br>- N° 3 visite di controllo |
|  | Medicina alternativa o complementare<br>Trattamenti osteopatici | Sottolimito € 200  |
|  | Assistenza Infermieristica Domiciliare (sub-massimale)          | Euro 36 al giorno max Euro 500   |
| <b>Cure dentarie</b> La Società rimborsa visite, cure, estrazioni, protesi e impianti dentari ed ortodontici.<br>Punto B).6  | Massimale   | Non previsto   |
|  | In rete   |  |
|  | Fuori rete  |  |
| <b>Lenti</b><br>Punto B).7   | Massimale   | Euro 300   |
|  | Condizioni  | Franchigia Euro 50   |
| <b>Ticket SSN</b><br>Punto B).8  | Massimale   | Euro 2.000   |
|  | Condizioni  | rimborso al 100%   |

✓ **Per Titolare e Familiari (tutti iscritti al Fondo):**

- 1) Spese presentate al Fondo: rimborso al 100%;
- 2) Spese No Fondo: Scoperto fisso del 25%



AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51 - 20121 Milano (MI). Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102 - P. IVA. e C.F. 07906760967 e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.

[www.afi-esca.it](http://www.afi-esca.it)

**QUADRO SINOTTICO**  
**Opzioni Integrativa FASI DIRIGENTI OPZIONE SIGMA - 2026**

| GARANZIE   | CONDIZIONI  | LIMITI   |
|--|---|--|
| <b>Ospedaliere</b>   |   |  |
| <b>Ricovero</b> in Istituto di cura e/o Intervento Chirurgico<br>Sono altresì rimborsabili, sempre entro il limite del massimale previsto per la garanzia "Ospedaliere":<br>- Interventi Ambulatoriali e Day Hospital<br>- Terapie in regime di ricovero o di Day Hospital<br>Punto A).1 | Massimale   | Euro 250.000   |
|  | Diretta   | Rimborso al 100%   |
|  | Indiretta   | Rimborso al 100%   |
|  | Mista   | v. sopra per parte in / fuori rete   |
|  | Limite retta di degenza fuori rete                            | Euro 350   |
|  | Spese Pre/Post  | 90/90 gg.  |
| <b>Grande Intervento:</b> Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" quelli definiti nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992<br>Punto A).2  | Massimale   | raddoppiato  |
|  | Diretta   | Rimborso al 100%   |
|  | Indiretta   | Rimborso al 100%   |
|  | Spese Pre/Post  | 150/150 gg.  |
| <b>Sottolimiti</b>   | Day Hospital ed Interventi Ambulatoriali                      | Euro 3.000 per evento  |
|  | Terapie   | Euro 3.000   |
|  | Parto Naturale  | Euro 2.500   |
|  | Parto Cesareo ed Aborto terapeutico                           | Euro 4.000   |
|  | Correzione Difetti Visivi                                     | Euro 1.500<br>Sottolimito di € 750 per occhio  |
| <b>Accompagnatore</b>  | --  | Euro 60 al giorno max 40 gg.   |
| <b>Trasporto Malato</b>  | --  | Euro 3.000   |
| <b>Indennità sostitutiva</b><br>Punto A).4   | Ricovero con intervento                                       | Euro 120 al giorno max 70 gg.  |
|  | Ricovero senza intervento                                     | Euro 120 max 70 gg.<br>2 gg. Franchigia assoluta   |
|  | Spese Pre/Post  | 90/90 gg.  |
| <b>Extra-Ospedaliere</b>   |   |  |
| <b>Alta Diagnostica</b><br>Si considera Alta diagnostica l'elenco di cui all' Allegato 2.<br>Punto B).1  | Massimale   | Euro 4.000   |
|  | Diretta   | Rimborso al 100%   |
|  | Indiretta   | Rimborso al 100%   |
| <b>Terapie di Alta Specializzazione, Inclusive le cure Oncologiche extraospedaliere</b><br>Punto B).1.1- B).1.2<br><b>Sottolimito:</b>   | Massimale   | Euro 15.000  |
|  | In rete   | Scoperto 10%   |
|  | Fuori rete  | Scoperto 25% min Euro 80   |
|  | Ospedalizzazione Domiciliare per Malattia Terminale           | Euro 50 al giorno max 120 gg.  |
| <b>Diagnostica Diversa da Alta Specializzazione /Visite Specialistiche /Pacchetto Maternità/ Medicina alternativa o complementare -Trattamenti osteopatici Assistenza Infermieristica a Domicilio</b><br>Punti B).2-B).3-B).3.1-B).4-B).5<br><b>Sottolimito</b>                          | Massimale   | Euro 3.000   |
|  | Diretta   | Rimborso al 100%   |
|  | Indiretta   | Rimborso al 100%   |
|  | Pacchetto Maternità   | - N° 4 ecografie (anche morfologica);<br>- Analisi clinico-chimiche;<br>- N° 3 visite di controllo |
|  | Medicina alternativa o complementare /Trattamenti osteopatici | Sottolimito € 400  |
|  | Assistenza Infermieristica Domiciliare (Sottolimito)          | Euro 36 al giorno max Euro 500   |
| <b>Cure dentarie</b> La Società rimborsa visite, cure, estrazioni, protesi e impianti dentari ed ortodontici.<br>Punto B).6  | Massimale   | Euro 1.500   |
|  | Diretta   | Rimborso al 100%   |
|  | Indiretta   | Rimborso al 100%   |
| <b>Lenti</b><br>Punto B).7   | Massimale   | Euro 400   |
|  | Condizioni  | Franchigia Euro 50   |
| <b>Ticket SSN</b><br>Punto B).8  | Massimale   | Euro 2.000   |
|  | Condizioni  | rimborso al 100%   |

**Per Titolare e Familiari (tutti iscritti al Fondo):**  
**1) Spese presentate al Fondo: rimborso al 100%;**  
**2) Spese No Fondo: Scoperto fisso del 25%**

**QUADRO SINOTTICO**

[www.afi-esca.it](http://www.afi-esca.it)



AFI ESCA IARD S.p.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51- 20121 Milano (MI). Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00102 - P. IVA. e C.F. 07906760967 e numero di Iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.

**Opzioni Integrativa FASI DIRIGENTI OPZIONE OMEGA - 2026**

| GARANZIE   | CONDIZIONI  | LIMITI   |
|--|---|--|
| <b>Ospedaliere</b>   |   |  |
| <b>Ricovero</b> in Istituto di cura e/o Intervento Chirurgico<br>Sono altresì rimborsabili, sempre entro il limite del massimale previsto per la garanzia "Ospedaliere":<br>- Interventi Ambulatoriali e Day Hospital<br>- Terapie in regime di ricovero o di Day Hospital<br>Punto A).1 | Massimale   | Euro 350.000   |
|  | Diretta   | Rimborso al 100%   |
|  | Indiretta   | Rimborso al 100%   |
|  | Mista   | v. sopra per parte in / fuori rete   |
|  | Limite retta di degenza fuori rete                            | Euro 450   |
|  | Spese Pre/Post  | 90/90 gg.  |
| <b>Grande Intervento:</b> Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" quelli definiti nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992<br>Punto A).2  | Massimale   | raddoppiato  |
|  | Diretta   | Rimborso al 100%   |
|  | Indiretta   | Rimborso al 100%   |
|  | Spese Pre/Post  | 150/150 gg.  |
| <b>Sottolimiti</b>   | Day Hospital ed Interventi Ambulatoriali                      | Euro 4.000 per evento  |
|  | Terapie   | Euro 5.000   |
|  | Parto Naturale  | Euro 4.500   |
|  | Parto Cesareo ed Aborto terapeutico                           | Euro 7.000   |
|  | Correzione Difetti Visivi                                     | Euro 2.300<br>Sottolimito € 1.150 per occhio   |
| <b>Accompagnatore</b>  | --  | Euro 100 al giorno max 50 gg.  |
| <b>Trasporto Malato</b>  | --  | Euro 4.000   |
| <b>Indennità sostitutiva</b><br>Punto A).4   | Ricovero con intervento                                       | Euro 150 al giorno max 150 gg.   |
|  | Ricovero senza intervento                                     | Euro 150 al giorno max 150 gg.   |
|  | Spese Pre/Post  | 90/90 gg.  |
| <b>Extra-Ospedaliere</b>   |   |  |
| <b>Alta Diagnostica</b><br>Si considera Alta diagnostica l'elenco di cui all' Allegato 2.<br>Punto B).1  | Massimale   | Euro 6.000   |
|  | Diretta   | Rimborso al 100%   |
|  | Indiretta   | Rimborso al 100%   |
| <b>Terapie di Alta Specializzazione, Incluse le cure Oncologiche extraospedaliere</b><br>Punto B).1.1- B).1.2<br><b>Sottolimito:</b>   | Massimale   | Euro 20.000  |
|  | In rete   | Scoperto 10%   |
|  | Fuori rete  | Scoperto 25% min Euro 80   |
| <b>Diagnostica Diversa da Alta Specializzazione /Visite Specialistiche /Pacchetto Maternità/ Medicina alternativa o complementare -Trattamenti osteopatici Assistenza Infermieristica a Domicilio</b><br>Punti B).2-B).3-B).3.1-B).4-B).5<br><b>Sottolimito</b>                          | Massimale   | Euro 4.000   |
|  | Diretta   | Rimborso al 100%   |
|  | Indiretta   | Rimborso al 100%   |
|  | Pacchetto Maternità   | - N° 4 ecografie (anche morfologica);<br>- Analisi clinico-chimiche;<br>- N° 3 visite di controllo |
|  | Medicina alternativa o complementare /Trattamenti osteopatici | Sottolimito € 600  |
| <b>Cure dentarie</b> La Società rimborsa visite, cure, estrazioni, protesi e impianti dentari ed ortodontici.<br>Punto B).6  | Massimale   | Euro 2.500   |
|  | Diretta   | Rimborso al 100%   |
|  | Indiretta   | Rimborso al 100%   |
| <b>Lenti</b><br>Punto B).7   | Massimale   | Euro 700   |
|  | Condizioni  | Franchigia Euro 50   |
| <b>Ticket SSN</b><br>Punto B).8  | Massimale   | Euro 2.000   |
|  | Condizioni  | rimborso al 100%   |

**Per Titolare e Familiari (tutti iscritti al Fondo):**

- 1) Spese presentate al Fondo: rimborso al 100%;
- 2) Spese No Fondo: Scoperto fisso del 25%

