

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA PERSONA

PRODOTTO SALUTE

Convenzione Collettiva Numero: **553**

Prestazioni assicurate da:



**Società Cattolica di Assicurazione
Società Cooperativa**

Il presente Fascicolo Informativo, contenente Nota Informativa comprensiva del Glossario e Condizioni di Assicurazione deve essere consegnato al Contraente e all'Assicurato prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa

- a) Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, Capogruppo del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all' Albo dei gruppi assicurativi al N. 019. Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 00320160237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Verona 9962, Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378, Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012;
- b) Sede Legale e Direzione Generale: Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona, Italia; Telefono: 045.8391111; Sito Internet: www.cattolica.it, e-mail: cattolica@cattolicaassicurazioni.it; cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it
- c) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: art. 65 R.D.L. 29/4/1923 N° 966;
- d) Società di revisione: Reconta Ernst & Young S.p.A., Sede legale: Via G.D. Romagnosi, 18/A – 00196 Roma.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato è pari a Euro 1.909.029.000 (capitale sociale: Euro 522.882.000– Totale Riserve Patrimoniali: Euro 1.342.072.000).

L'indice di solvibilità della gestione danni è pari a 5,7 ed è determinato dal rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

3. Conflitto di interessi

La Società si impegna ad evitare, sia nell'offerta sia nella gestione dei contratti, lo svolgimento di operazioni in cui la Società stessa ha direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporto di Gruppo o rapporti di affari propri o di altre Società del Gruppo.

In ogni caso la Società, pur in presenza di situazioni di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio al Contraente e si impegna ad ottenere per il Contraente il miglior risultato possibile.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Convenzione Collettiva

La presente Convenzione Collettiva, stipulata dalla Banca Contraente con la Compagnia ha durata annuale con tacito rinnovo.

Singole Coperture Assicurative

Le singole coperture assicurative sottoscritte dagli Assicurati mediante il Modulo di Adesione hanno durata annuale con tacito rinnovo.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Art. 4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

AVVERTENZA - Termini e modalità di Disdetta

La disdetta della presente convenzione può essere comunicata alla controparte in qualsiasi momento dando preavviso con lettera raccomandata a.r.. La disdetta produce effetto non prima che siano decorsi 60 giorni dalla data di ricezione della comunicazione.

In caso di disdetta da parte della Banca Contraente della Convenzione, le garanzie assicurative prestate a favore dei singoli Assicurati, resteranno comunque in vigore fino alla loro naturale scadenza, secondo quanto previsto dal successivo Art. 5 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

La disdetta della Copertura assicurativa da parte degli Assicurati deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r, anche per il tramite della Banca Contraente, e spedita almeno 30 giorni prima della data di scadenza annuale della copertura stessa, riportata nel Modulo di Adesione.

4. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

4.1 Coperture assicurative offerte

Con il contratto di assicurazione di cui alla presente Convenzione, la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli specifici articoli delle Condizioni di Assicurazione, a prestare la copertura all'Assicurato in caso di:

- Grandi Interventi Chirurgici (GIC); Artt. 18 - 24 delle Condizioni di Assicurazione;
- Assistenza; Artt. 33 - 56 delle Condizioni di Assicurazione;

4.2 AVVERTENZA - Limitazioni ed Esclusioni

Per conoscere in dettaglio le Limitazioni e le Esclusioni derivanti dalla presente Polizza si rimanda rispettivamente ai seguenti articoli delle CGA:

- Grandi Interventi Chirurgici (GIC), Art. 20 delle Condizioni di Assicurazione;
- Assistenza, Art. 29 delle Condizioni di Assicurazione;

4.3 AVVERTENZA – Franchigie, Scoperti, Massimale

Per conoscere in dettaglio le Franchigie, gli Scoperti e i Massimali applicabili alle singole garanzie si rimanda ai seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio Artt. 23, 24, 39,41,44,45,46,47,48,49,50,51,52,54,55

A scopo esemplificativo, si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo allo Scoperto, alla Franchigia e al Massimale:

Esempio Numerico di Scoperto:

Somma assicurata : € 15.000

Ammontare del danno : € 5.000

Scoperto del 30% con un minimo di € 2.000 : (€ 5.000 x 30%) = € 1.500 → scoperto € 2.000

Danno Indennizzabile/risarcibile : € 5.000 - € 2.000 = € 3.000

Esempio numerico di Franchigia

Es.1

Somma assicurata : € 100.000

Ammontare del danno : €10.000

Franchigia fissa: € 150

Danno Indennizzabile/risarcibile : € 10.000 - € 150 = € 9.850

Es. 2

Somma assicurata : € 100.000

Ammontare del danno : €100

Franchigia fissa: € 150

Danno Indennizzabile/risarcibile : € 0

Esempio numerico di Massimale

Es.1

Somma assicurata: € 100.000

Ammontare del danno : € 110.000

Franchigia fissa: € 100

Danno Indennizzabile/risarcibile : € 100.000 (massimale) - € 100 (franchigia) = € 99.900

Quota a carico dell'Assicurato: € 10.000 (ammontare del danno extra massimale) + € 100 (franchigia) = € 10.100

Es. 2

Somma assicurata: € 100.000

Massimale : 20% della somma assicurata con un massimo € 25.000 → € 20.000

Ammontare del danno : € 22.500

Franchigia fissa: € 100

Danno Indennizzabile/risarcibile : € 20.000 (massimale) - € 100 (franchigia) = € 19.900

Quota a carico dell'Assicurato: € 2.500 (ammontare del danno extra massimale) + € 100 (franchigia) = € 2.600

4.4 AVVERTENZA – Età Assicurabile

L'Assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni.

Qualora si raggiunga il 75esimo anno di età nel corso del periodo annuale di assicurazione, la copertura resterà pienamente operante fino alla scadenza del periodo assicurativo in corso per poi cessare.

4.5 AVVERTENZA – Periodi di Carenza

Per i Grandi interventi Chirurgici le garanzie hanno effetto:

- **per gli infortuni:** dalle ore 24.00 del giorno di Decorrenza indicato nel Modulo di Adesione sottoscritto dall'Assicurato
- **per le malattie non preesistenti alla sottoscrizione dell'Adesione:** dal 30° giorno successivo a quello di decorrenza indicato nel Modulo di Adesione
- **per le malattie preesistenti alla sottoscrizione dell'Adesione e non note all'Assicurato:** dal 120° giorno successivo a quello di decorrenza indicato nel Modulo di Adesione

Resta ferma l'esclusione per le malattie preesistenti note all'Assicurato al momento della sottoscrizione della presente copertura.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

5.1 AVVERTENZA - Dichiarazioni false o reticenti:

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o della Banca Contraente della Convenzione 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 o 1893 o 1894 c.c..

5.2 AVVERTENZA - Cause di nullità e/o cessazione delle garanzie:

In caso di estinzione del rapporto di conto corrente con la Banca Contraente della presente Convenzione Collettiva, per il singolo Assicurato la garanzia cessa alle ore 24.00 del giorno precedente a quello di estinzione senza restituzione del premio.

5.3 AVVERTENZA - Questionario Sanitario:

Si richiama l'Attenzione dell'Assicurato a rendere dichiarazioni esatte complete e veritiere in ordine alle domande poste nel questionario sanitario/Dichiarazione dello stato di salute determinante per la valutazione ed assunzione del rischio, con l'avvertenza che ove ciò non avvenga o risultino poi dichiarazioni inesatte incomplete o non veritiere la garanzia assicurativa potrà in tutto o in parte non essere operante o essere annullata dall'origine.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del rischio in modo tale che, se il diverso stato di cose fosse stato conosciuto al momento della conclusione del contratto, la Società non avrebbe stipulato il contratto o lo avrebbe stipulato a diverse condizioni di premio.

Gli aggravamenti o le diminuzioni 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, nei casi e con le modalità previsti dall'art.1898 cod. civile.

7. Premio

A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare un importo pari al premio annuale, secondo le modalità successivamente previste, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Il premio annuale, relativo ad ogni Assicurato, è determinato in relazione alle garanzie prestate e all'età dell'Assicurato.

Ogni Assicurato nel Modulo di Adesione autorizzerà la Banca Contraente della Convenzione Collettiva ad effettuare un addebito annuale in conto corrente, sulle coordinate bancarie indicate in fase di adesione, del premio relativo alla prima rata e il premio dovuto alle successive annualità.

I premi così raccolti verranno versati dalla Banca Contraente della Convenzione alla Società con la periodicità e in conformità agli accordi contrattuali intercorsi tra le parti.

7.1 Mezzi di Pagamento

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato

- Addebito in conto corrente

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

La Polizza non prevede adeguamenti o indicizzazioni del premio.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivati dal presente contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere.

10. Legge applicabile al contratto

Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

11. Regime fiscale

I premi relativi sono soggetti alle seguenti aliquote d'imposta sulle assicurazioni:

- Infortuni e Malattia: 2,5%
- Assistenza 10,00%

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

PER LA GARANZIA GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

L'Assicurato può scegliere se ricorrere:

1. **agli Istituti di Cura Convenzionati**: In questo caso la Compagnia paga le spese sostenute direttamente all'Istituto convenzionato al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali;
2. **agli Istituti di Cura Non Convenzionati**: In questo caso la Compagnia rimborsa le spese sostenute all'Assicurato al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali

1- RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA CONVENZIONATI - PAGAMENTO DIRETTO:

In questo caso l'Assicurato, i suoi familiari o i suoi eredi, dovranno preventivamente contattare telefonicamente la:

Centrale Operativa
in funzione dalle ore 8.00 alle ore 18.00 da lunedì al venerdì
e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 il sabato
dall'Italia al numero verde 800 - 904826
dall'estero al numero 015 – 255.96.40

indicando la prestazione di cui intende usufruire.

La centrale operativa, entro 2 (due) giorni lavorativi successivi alla ricezione del modulo per la richiesta di pagamento diretto verifica la regolarità amministrativa, la validità della garanzia e la certificazione medica allegata.

Se le verifiche danno esito positivo, la centrale operativa autorizza telefonicamente l'assicurato per la gestione del sinistro in convenzione e in questo caso rimborsa le spese direttamente all'istituto di cura convenzionato al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali che restano sempre a carico dell'assicurato.

Restano a carico dell'assicurato anche le spese:

- per prestazioni non garantite dal contratto,
- eccedenti il massimale assicurato,
- non autorizzate dalla centrale operativa,

che l'Assicurato dovrà rimborsare direttamente all'istituto di cura convenzionato.

Se le verifiche danno esito negativo, la centrale operativa ne anticiperà telefonicamente all'assicurato le motivazioni e farà seguito con l'invio della comunicazione di negazione alla gestione del sinistro in convenzione.

Qualora il ricovero o l'intervento chirurgico venga effettuato in una struttura convenzionata, ma da parte di personale non convenzionato, l'assicurato dovrà sostenere direttamente le spese relative alla prestazione del personale non convenzionato e richiederne il rimborso secondo le modalità di "ricorso agli istituti di cura non convenzionati".

Qualora in caso di emergenza medica il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale avvenga negli orari o nei giorni nei quali la Centrale Operativa non è in funzione, la denuncia del sinistro e la relativa gestione dovrà avvenire secondo le modalità indicate al successivo

punto 2 - RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA NON CONVENZIONATI – RIMBORSO SPESE, DIARIA SOSTITUTIVA, con successivo rimborso delle spese sostenute.

Per conoscere l'elenco degli Istituti di Cura convenzionati con la Società si rimanda al sito internet della Compagnia. www.cattolica.it

2 – RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA NON CONVENZIONATI – RIMBORSO SPESE, DIARIA SOSTITUTIVA

Se l'assicurato non fa ricorso agli istituti di cura convenzionati con la Compagnia, dovrà personalmente, o tramite i suoi familiari o i suoi eredi, denunciare il sinistro telefonando alla:

Centrale Operativa
in funzione dalle ore 8.00 alle ore 18.00 da lunedì al venerdì
e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 il sabato

dall'Italia al numero verde 800 - 904826
dall'estero al numero 015 – 255.96.40

entro tre giorni dal ricovero o dall'intervento chirurgico.

AVVERTENZA - Modalità e termini per la denuncia del sinistro della garanzia

Assistenza

Per la Garanzia Assistenza la Compagnia si avvale di Mapfre Warranty S.p.A. per la gestione dei sinistri.

Per dare avviso scritto di Sinistro il Contraente devono compilare l'apposito modulo, reperibile presso la Società o l'Intermediario, e devono, tramite raccomandata A.R. nei tempi sopra indicati, unitamente alla documentazione del successivo punto, inoltrarlo alla Società:

Mapfre Warranty
Strada Trossi, 66
13871 Verrone (Biella)

Per i documenti da inviare in caso di sinistro, si rimanda ALL'ART. 30 delle CGA:

Qualora l'Assicurato non fornisca la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

13. Reclami

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

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa

Servizio Reclami di Gruppo
Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)
Fax: 045.83.72.354

E-mail: reclami@cattolicaassicurazioni.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento;

indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 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 Compagnia 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.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.

Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

14. AVVERTENZA - Arbitrato

Per ogni controversia diversa da quelle previste dall'articolo precedente, è competente esclusivamente – a scelta della parte attrice – l'autorità giudiziaria del luogo di residenza dell'Assicurato

Il Rappresentante Legale
(Dott. Paolo Bedoni)



GLOSSARIO

Definizioni Valide per l'Assicurazione in Generale :

Nel testo che segue si intende per:

Assicurazione:

Il Contratto di Assicurazione;

Contraente della Convenzione: Cassa di Risparmio di Saluzzo S.p.A., che stipula il contratto di assicurazione per conto dei propri clienti.

Decorrenza:

Momento in cui il contratto è concluso, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Franchigia:

La parte di danno in misura fissa che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo:

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Intermediario:

Cassa di Risparmio di Saluzzo S.p.A., CORSO ITALIA 86 – 12037 SALUZZO (CN)

Massimale:

La somma massima, stabilita nel contratto, che la Società è tenuta a corrispondere all'Assicurato in caso di sinistro.

Modulo di Adesione

La dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato per aderire alla presente Convenzione Assicurativa Collettiva.

Premio: La somma in denaro comprensiva di imposte che la Banca Contraente deve alla Società in base al Contratto di Assicurazione di cui alla presente Polizza.

Polizza:

Il documento che prova l'esistenza dell'assicurazione;

Rischio

La possibilità che si verifichi il sinistro.

Scoperto:

La parte di danno in misura percentuale che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato. In caso di sinistro che preveda sia uno scoperto che una franchigia, sarà applicato prima lo scoperto e poi la franchigia nelle modalità previste dal contratto

Sinistro:

Il verificarsi del fatto dannoso, per il quale è prestata la garanzia assicurativa;

Società:

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa con Sede Legale in Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona.

Definizioni Valide per la sezione GIC:**Assicurato:**

La persona fisica, residente e/o domiciliata in Italia, correntista della Banca Contraente, che sottoscrive il Modulo di Adesione alla presente copertura assicurativa;

Carenza:

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione concluso non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurativa.

Cartella Clinica:

Documento ufficiale, atto pubblico o altra documentazione medica equivalente, redatta durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità dell'Assicurato per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Centrale Operativa:

La struttura di Mapfre Warranty S.p.A. costituita da medici, tecnici e operatori, che in virtù di specifica convenzione stipulata con la Società provvede, per incarico di quest'ultima: al contatto telefonico con l'Assicurato ad organizzare ed erogare le prestazioni di assistenza previste nel contratto ed ad organizzare i ricoveri all'estero presso gli istituti di cura convenzionati.

Convalescenza

Il periodo di tempo, successivo alla dimissione da un Istituto di Cura per il ricovero da Grande Intervento Chirurgico, durante il quale l'Assicurato è costretto al riposo assoluto per non compromettere la guarigione clinica e prescritto dai medici che hanno curato l'Assicurato.

Day Hospital:

La permanenza diurna in un Istituto di Cura (senza pernottamento) con finalità terapeutiche o chirurgiche. Non è considerato Day Hospital la permanenza in istituto presso il Pronto Soccorso.

E' escluso il day hospital diagnostico, anche se praticato chirurgicamente, salvo non sia direttamente connesso con un ricovero o un intervento chirurgico, anche ambulatoriale, e sia effettuato entro i 100 giorni precedenti e i 180 giorni successivi. Inoltre è compreso il day hospital diagnostico, qualora sia stata scelta la garanzia aggiuntiva visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali, entro i termini previsti da tale garanzia.

Degenza:

La permanenza in un Istituto di Cura che comporti il pernottamento.

Grande Intervento Chirurgico: (GIC):

Tutti gli interventi chirurgici riportati nell'elenco allegato alla presente convenzione.

Infortunio:

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte od una invalidità permanente;

Istituto di Cura:

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

Istituti di Cura Convenzionati:

Gli ospedali, le cliniche e le case di cura convenzionate con la Centrale Operativa, presso i quali l'Assicurato può usufruire del servizio di pagamento diretto.

La verifica delle cliniche convenzionate deve essere effettuata dall'Assicurato, contattando telefonicamente e preventivamente la Centrale Operativa.

Intervento Chirurgico:

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

Malattia:

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Ricovero:

La permanenza in un Istituto di Cura (quest'ultima deve prevedere almeno un pernottamento) o il day hospital.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Con il contratto di assicurazione di cui alla presente Convenzione, la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli specifici articoli delle Condizioni di Assicurazione, a prestare la copertura assicurativa all'Assicurato in caso di:

- Grandi Interventi Chirurgici (GIC);
- Assistenza

Art. 2 – PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone fisiche con età in ingresso superiore a 74anni (compiuti).

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività diagnosticata dal test H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.). L'Assicurazione cessa al loro manifestarsi.

Art. 3– BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI

Beneficiario delle prestazioni è l'Assicurato stesso.

Art. 4 - DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Per ciascun Assicurato, la copertura assicurativa ha durata annuale più l'eventuale frazione di anno. L'operatività della garanzia decorre dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione e cesserà alla data indicata sul modulo stesso.

Art. 5 - CESSAZIONE e/o ANNULLAMENTO delle GARANZIE E DISDETTA

In caso di estinzione del rapporto di conto corrente con la Banca Contraente della presente Convenzione Collettiva, per il singolo Assicurato la garanzia cessa alla prima scadenza annuale.

La disdetta della Copertura assicurativa da parte degli Assicurati deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r, anche per il tramite della Banca Contraente, e spedita almeno 30 giorni prima della data di scadenza annuale della copertura stessa, riportata nel Modulo di Adesione.

Art. 6 – PREMIO COPERTURA ASSICURATIVA

Premio prima annualità:

Per ogni Assicurato il premio assicurativo, comprensivo di imposte, è annuale più rateo di premio relativo al periodo intercorrente tra la data di decorrenza e il 1° giorno del mese successivo.

Premio annualità successive:

Per ogni Assicurato il premio assicurativo, comprensivo di imposte, è annuale e determinato in relazione alla seguente Tabella:

GARANZIE			PREMIO LORDO ANNUALE
Grandi Interventi Chirurgici (GIC)	ETA' ASSICURATO	18-34 anni	€ 107,00
		35-59 anni	€ 137,00
		60-75 anni	€ 225,00
Assistenza			€ 25,00

Limitatamente alla garanzia GIC, il premio annuale di rinnovo relativo alla sottoscrizione della Polizza, varierà al passaggio di fascia d'età dell'Assicurato secondo quanto indicato nella tabella sopra riportata.

Art. 7 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato

- Addebito in conto corrente

Art. 8 - REGIME FISCALE

I premi relativi sono soggetti alle seguenti aliquote d'imposta sulle assicurazioni:

- Infortuni e Malattia: 2,5%
- Assistenza 10,00%

Art. 9 – OBBLIGHI DELLE PARTI

L'Intermediario si impegna a:

- consegnare tutta la documentazione pre-contrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente all'Assicurato, prima della sottoscrizione delle singole coperture assicurative;
- fornire copia del Modulo di Adesione;
- sottoporre a ciascun Assicurato, l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Art. 10 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c..

Art. 11 – ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che la validità delle garanzie fornite dalla Società a favore degli Assicurati non è infirmata dalla contemporanea esistenza di altre assicurazioni con altre società. La Società dispensa gli Assicurati dalle comunicazioni di cui all'art. 1910 C.C..

In caso di sinistro l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio Assicurato con il presente contratto ai sensi degli artt 1910 comma 3 e 1913 cod. civ.
L'omissione dolosa di tale comunicazione alla Società determina la perdita del diritto all'indennizzo.

Art. 12 – LIMITI TERRITORIALI DELLA ASSICURAZIONE

L'Assicurazione vale con le specificità territoriali espresse nelle singole sezioni.

Art. 13 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 14 – PRESCRIZIONE

I diritti derivati dal presente contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere.

Art. 15 – COMUNICAZIONI

Qualsiasi comunicazione richiesta o consentita dal Contratto dovrà essere effettuata per iscritto, a mezzo fax o raccomandata, e dovrà essere indirizzata a:

- se **Cattolica Assicurazioni Soc. Coop.:**
Via Lungadige Cangrande 16, 37126 Verona. Fax: +39.045.8391920
- se **Cassa di Risparmio di Saluzzo S.p.A:**
Corso Italia 86 Saluzzo 12037

Eventuali comunicazioni da parte della Società all'Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso.

Art. 16 – RECLAMI

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

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa

Servizio Reclami di Gruppo

Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)

Fax: 045.83.72.354

E-mail: reclami@cattolicaassicurazioni.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 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 Compagnia 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.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.

Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

Art. 17 – ALLEGATI

Gli allegati alla presente Polizza costituiscono, ad ogni effetto, parte integrante e necessaria della stessa.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE I - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Art. 18 - OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società provvede:

- al rimborso delle spese sanitarie sostenute in istituti di cura Non Convenzionati, salvo i limiti previsti all'Art. 23 Estensione Territoriale, per quanto riguarda l'estero;
- al pagamento diretto in caso di ricorso alle Cliniche convenzionate e previo accordo con la centrale operativa, salvo quanto previsto all'Art. 23 Estensione Territoriale per quanto riguarda l'estero,

in seguito a Grande Intervento Chirurgico, intendendosi come tali gli interventi di cui all'elenco contenuto nell'Allegato alla presente Polizza, resosi necessario da Infortunio o Malattia, fino alla concorrenza del massimale indicato in Polizza.

Le spese sanitarie comprese in garanzia e sostenute presso l'Istituto di Cura durante il ricovero, sono:

- rette di degenza, escluse le spese non direttamente connesse alla cura o all'intervento (quali ad esempio le spese per telefonate, televisione, bar, ristoranti e simili);
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente dell'equipe operatoria;
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- assistenza medica e infermieristica;
- cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- medicinali ed esami.

Art. 19 - ESTENSIONI DI GARANZIA

Diaria Sostitutiva e Indennità per Day Hospital

Se l'Assicurato non sostiene alcuna spesa sanitaria in seguito a Grande Intervento Chirurgico, la Società corrisponderà:

- Una Diaria Sostitutiva pari a € 150,00 per ogni giorno di ricovero.

Questa Diaria viene corrisposta per un massimo di 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo.

La prima giornata di ricovero in Istituto di Cura e l'ultima sono considerate come un'unica giornata, qualunque sia l'ora di ricovero o della dimissione.

- Un'Indennità giornaliera pari a € 75,00 per ogni giorno di ricovero in Day Hospital.

Questa indennità viene corrisposta per un massimo di 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo

Spese precedenti al Grande Intervento Chirurgico

La Società offre la copertura delle spese sostenute, effettuate anche fuori dall'Istituto di Cura, per accertamenti diagnostici, comprese le analisi di laboratorio e onorari dei medici sostenuti nei 100 giorni precedenti la data di inizio del ricovero o intervento chirurgico (se non c'è stato ricovero), **nei limiti del 10% del massimale assicurato.**

Spese successive al Grande Intervento Chirurgico

La Società offre la copertura delle spese sostenute per accertamenti diagnostici, onorari dei medici, esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluso l'albergo), effettuati nei 180 giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura, **nei limiti del 10% del massimale assicurato.**

Spese per il trapianto di organi

La Società offre la copertura delle spese sanitarie rese necessarie dal trapianto di organi sull'Assicurato.

Sono comprese anche le spese per l'espianto degli organi dal donatore vivente, **nei limiti del massimale assicurato.**

Spese per il trasporto dell'Assicurato

Nel caso di trasporto dell'assicurato in ospedale o in istituto di cura in Italia o all'Estero, di trasferimento da un istituto all'altro e di rientro alla propria abitazione in Italia, prescritto dal medico curante ed effettuato in ambulanza o con altro mezzo idoneo, la Società rimborsa le spese sostenute e documentate, **fino alla concorrenza di € 5.000,00 per anno assicurativo.**

Spese per l'accompagnatore

La Società offre la copertura delle spese per il vitto e il pernottamento di chi accompagna l'Assicurato ricoverato presso un Istituto di Cura per un Grande Intervento Chirurgico, **nei limiti di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per sinistro e 60 giorni per anno assicurativo.**

Spese per l'assistenza infermieristica

La Società offre la copertura delle spese per assistenza infermieristica in Istituto di Cura, **nei limiti di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per sinistro e 60 giorni per anno assicurativo.**

Indennità di convalescenza

La Società offre un'Indennità di convalescenza di € 25,00 al giorno, dal giorno delle dimissioni dall'Istituto di Cura per un periodo pari a quello della degenza, **per un massimo di 30 giorni per sinistro e 60 giorni per anno assicurativo.**

ART. 20 - ESCLUSIONI

Sono escluse dal rimborso le seguenti spese sanitarie:

- A. eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti all'ingresso in garanzia;
- B. le conseguenze dirette di infortuni, nonché per le malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;

- C. malattie mentali, disturbi psichici in genere inclusi i comportamenti di natura nevrotica;
- D. cure/prestazioni per persone affette da infermità mentale, alcoolismo, tossicodipendenza e relative alle cause e alle conseguenze derivanti da tali infermità;
- E. atti dolosi da parte dell'Assistito, non considerando tali quelli riconducibili a imprudenze e negligenze anche in forma grave;
- F. infortuni e intossicazioni derivanti e conseguenti ad alcoolismo, abuso di psicofarmaci, uso di allucinogeni e stupefacenti (questi ultimi se non assunti a titolo farmacologico);
- G. derivanti da sport aerei (deltaplani, ultraleggeri, parapendii e assimilabili) e dalla partecipazione a gare motoristiche, prove e allenamenti;
- H. cure e terapie odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo e ortodontico, nonché quelle del paradonto, salvo quelle rese necessarie da malattie neoplastiche o da infortunio;
- I. trattamenti sclerosanti;
- J. trattamenti fisioterapici e rieducativi, così come le cure termali, medicinali e vaccini, con l'esclusione di quanto indicato al punto 5 delle prestazioni previste nei pacchetti A e B;
- K. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazioni dell'atomo, naturali o provocate, e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radio-attivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- L. le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- M. ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo e simili) ancorché qualificate come cliniche o case di cura;
- N. Le conseguenze di contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

Art. 21 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili i soggetti:

- affetti da dipendenza da sostanze psico-attive (alcol, stupefacenti, allucinogeni, farmaci non conseguenti a terapie mediche);
- affetti da infezioni da HIV;
- che non sottoscrivono la dichiarazione di buono stato di salute presente all'interno del simplo di polizza

L'Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia la sopravvenienza di tali affezioni in corso di contratto, ai sensi dell'Art. 1898 del C.Civ.

La sopravvenienza di tali affezioni nel corso della copertura assicurativa è causa della risoluzione dell'intero contratto, che cesserà al primo frazionamento annuale successivo.

L'eventuale ed erroneo incasso dei premi successivi, non costituisce manifestazione di volontà da parte della Compagnia di continuare il contratto e i relativi premi verranno rimborsati.

Art. 22 - TERMINI DI CARENZA

Per ogni Assicurato, l'operatività della garanzia decorre:

- per gli Infortuni: dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Assicurato;

- per le Malattie :
 - dal 30esimo giorno successivo a quello del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Assicurato per le malattie non preesistenti alla sottoscrizione del contratto;
 - dal 120esimo giorno successivo a quello del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Assicurato per le malattie preesistenti alla sottoscrizione del contratto e non note all'Assicurato.

Resta ferma l'esclusione per le malattie preesistente note alla stipula della presente Polizza.

Art. 23 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione ha efficacia:

- In Italia
- All'estero, come di seguito indicato:

1. Ricorso alle Cliniche Estere per Interventi programmati

Per gli interventi "programmati", intendendosi per tali i viaggi all'estero allo scopo di effettuare delle cure presso le strutture estere, la Società offre la copertura purché gli istituti di cura siano convenzionati con la Società stessa e previo accordo con la Centrale Operativa.

La copertura non è quindi operante se la clinica non è convenzionata o, seppur convenzionata, se l'assicurato non ha preventivamente contattato la centrale operativa.

Se la clinica è convenzionata, ma non l'equipe medica, i costi relativi all'equipe medica non verranno rimborsati.

Nel caso in cui l'assicurato abbia richiesto l'autorizzazione ad essere ricoverato all'estero all'Asl di appartenenza, ottenendo il parere positivo e la partecipazione al costo da parte del Servizio Sanitario Nazionale, la Società provvederà a rimborsare le spese rimaste a carico dell'assicurato anche se la clinica non dovesse essere con essa convenzionata.

2. Necessità di cure se l'assicurato si trova all'estero per lavoro, studio, vacanza

Se l'assicurato si trova all'estero per motivi di lavoro, studio o vacanza, e avesse bisogno per motivi non programmati di una delle prestazioni di polizza, la Società offrirà la copertura presso le cliniche convenzionate con La Compagnia e previo accordo con la centrale operativa.

Se non viene preventivamente attivata la centrale operativa e/o si utilizza una clinica non convenzionata con la Società verrà applicato uno **scoperto del 15% sui costi sostenuti.**

Se la clinica è convenzionata, ma non l'equipe medica, verrà applicato tale scoperto sul solo costo dell'equipe medica.

Tuttavia, se il contatto con la centrale operativa per ricorrere alla clinica convenzionata non è possibile per motivi di emergenza medica, non verrà applicato tale scoperto.

Art. 24 - MASSIMALE ASSICURATO

La Società rimborsa le spese mediche, così come indicato nell'Art. 18, **fino alla concorrenza del massimale di € 130.000,00**, inteso come disponibilità annua per assicurato. per sinistro e per anno assicurativo

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO
SEZIONE I - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Art. 25 - MODALITÀ DI DENUNCIA, OBBLIGHI DELL'ASSICURATO E GESTIONE DEL SINISTRO

L'Assicurato può scegliere se ricorrere:

1. **agli Istituti di Cura Convenzionati**: In questo caso la Compagnia paga le spese sostenute direttamente all'Istituto convenzionato al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali;
2. **agli Istituti di Cura Non Convenzionati**: In questo caso la Compagnia rimborsa le spese sostenute all'Assicurato al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali

1- RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA CONVENZIONATI - PAGAMENTO DIRETTO:

In questo caso l'Assicurato, i suoi familiari o i suoi eredi dovrà preventivamente contattare telefonicamente la:

Centrale Operativa
in funzione dalle ore 8.00 alle ore 18.00 da lunedì al venerdì
e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 il sabato
dall'Italia al numero verde 800 - 904826
dall'estero al numero 015 – 255.96.40

indicando la prestazione di cui intende usufruire.

La centrale operativa, entro 2 (due) giorni lavorativi successivi alla ricezione del modulo per la richiesta di pagamento diretto verifica la regolarità amministrativa, la validità della garanzia e la certificazione medica allegata.

Se le verifiche danno esito positivo, la centrale operativa autorizza telefonicamente l'assicurato per la gestione del sinistro in convenzione e in questo caso rimborsa le spese direttamente all'istituto di cura convenzionato al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali che restano sempre a carico dell'assicurato.

Restano a carico dell'assicurato anche le spese:

- per prestazioni non garantite dal contratto,
- eccedenti il massimale assicurato,
- non autorizzate dalla centrale operativa,

che l'Assicurato dovrà rimborsare direttamente all'istituto di cura convenzionato.

Se le verifiche danno esito negativo, la centrale operativa ne anticiperà telefonicamente all'assicurato le motivazioni e farà seguito con l'invio della comunicazione di negazione alla gestione del sinistro in convenzione.

Qualora il ricovero o l'intervento chirurgico venga effettuato in una struttura convenzionata, ma da parte di personale non convenzionato, l'assicurato dovrà sostenere direttamente le

spese relative alla prestazione del personale non convenzionato e richiederne il rimborso secondo le modalità di “ricorso agli istituti di cura non convenzionati”.

Qualora in caso di emergenza medica il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale avvenga negli orari o nei giorni nei quali la Centrale Operativa non è in funzione, la denuncia del sinistro e la relativa gestione dovrà avvenire secondo le modalità indicate al successivo punto 2 - RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA NON CONVENZIONATI – RIMBORSO SPESE, DIARIA SOSTITUTIVA, con successivo rimborso delle spese sostenute.

2 – RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA NON CONVENZIONATI – RIMBORSO SPESE, DIARIA SOSTITUTIVA

Se l'assicurato non fa ricorso agli istituti di cura convenzionati con La Compagnia, dovrà personalmente, o tramite i suoi familiari o i suoi eredi, denunciare il sinistro telefonando alla:

Centrale Operativa
in funzione dalle ore 8.00 alle ore 18.00 da lunedì al venerdì
e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 il sabato
dall'Italia al numero verde 800 - 904826
dall'estero al numero 015 – 255.96.40

entro tre giorni dal ricovero o dall'intervento chirurgico.

Art. 26 - OBBLIGO DI RESTITUZIONE DELLE SPESE SANITARIE LIQUIDATE DALLA COMPAGNIA E NON DOVUTE

Qualora si dovesse accertare, relativamente all'evento per il quale l'assicurato ha usufruito del servizio, la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, la centrale operativa invierà all'assicurato, mediante raccomandata con ricevuta di ritorno, la richiesta del recupero delle somme erogate.

L'assicurato e/o in caso di minori i genitori o gli affidatari, dovranno restituire, alla Compagnia, secondo le modalità comunicate, le somme indebitamente liquidate dalla Compagnia, entro e non oltre 30 giorni dalla comunicazione.

Qualora l'assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, La Compagnia si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti addebitandogli i relativi costi.

Art. 27 - CONTROVERSIE SULLA DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, le parti si obbligano a confermare, con scrittura privata, mandato di decidere, in prima istanza tra due medici nominati uno per parte ed in mancanza di accordo, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede presso il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'assicurato.

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

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

L'assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

SEZIONE II - ASSISTENZA

(con riferimento al provvedimento IVASS n°734 del 1 dicembre 1997, i premi relativi alle garanzie Responsabilità Civile Vita Privata vengono attribuiti al ramo 13 – Responsabilità Civile Generale)

Art. 28 – Oggetto della garanzia

La Società assicura le prestazioni dei servizi di assistenza indicate negli articoli seguenti.

Art. 29 – Esclusioni

La garanzia non è operante per i sinistri provocati o dipendenti da:

- guerra, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo o vandalismo, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. Le prestazioni non sono fornite negli stati che si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
- dolo dell'assicurato;
- suicidio o tentato suicidio;
- infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- l'espianto e/o il trapianto di organi;
- malattie nervose e mentali, malattie insorte anteriormente alla stipulazione della polizza e già conosciute dall'assicurato (malattie preesistenti), a meno che, in caso di sostituzione di un prodotto con garanzie assistenza, le patologie siano insorte, relativamente allo stesso assicurato, nel corso del precedente contratto; malattie e infortuni conseguenti e/o derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- malattie dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio.

Art. 30 – Istruzioni per la richiesta di assistenza

Dovunque si trovi in Italia e in qualsiasi momento, l'assicurato potrà telefonare alla centrale operativa al numero verde:

800 - 233412

in funzione 24 ore su 24

oppure al numero:

015 – 255.95.71
preceduto dal prefisso per l'Italia nel caso si trovi all'estero

Se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un telegramma al seguente indirizzo:

MAPFRE WARRANTY
Strada Trossi, 66
13871 Verrone (BI)

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- nome e cognome;
- numero di polizza preceduto dalla sigla SALU;
- servizio richiesto;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- recapito telefonico dove la centrale operativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso di sinistro.

Le spese telefoniche successive alla prima chiamata sono a carico della centrale operativa.

Art. 31 – Erogazione delle prestazioni

Ogni prestazione deve essere preventivamente richiesta alla centrale operativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Tutte le prestazioni assistenza non possono essere fornite più di tre volte entro ciascuna annualità assicurativa.

Le prestazioni all'estero saranno erogate solo entro i primi 180 giorni di permanenza continuativa all'estero. Qualora l'assicurato non usufruisca di una o più prestazioni relative alla polizza, la Compagnia non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti a un termine di prescrizione annuale che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere ai sensi dell'articolo 2952 del codice civile.

La centrale operativa non si assume la responsabilità per i danni causati dall'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

Art. 32 – Accertamenti in caso di sinistro

L'assicurato s'impegna a collaborare al fine di consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire alla centrale operativa tutte le informazioni che si ritengano indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di assistenza.

La centrale operativa può richiedere all'assicurato - e lo stesso è tenuto a fornire integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria all'erogazione della prestazione.

Salvo quanto espressamente indicato, ogni documento deve sempre essere fornito in originale (escluse fotocopie).

L'assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa polizza, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei

confronti della centrale operativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dell'esame del sinistro stesso.

CURA

Art. 33 – Informazioni sanitarie

La centrale operativa, su semplice richiesta telefonica dell'assicurato, tramite la propria equipe medica fornirà informazioni relativamente a:

- vaccinazioni o profilassi da eseguire per i viaggi in paesi tropicali;
- medici o centri specializzati in medicina tropicale e infettivologia;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, uffici competenti;
- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.) nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale.

La prestazione è operante da lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18, esclusi i festivi infrasettimanali.

Art. 34 – Consigli medici telefonici generici e specialistici

Se l'assicurato necessita di una consulenza medica generica o specialistica (cardiologica, geriatrica, ginecologica, neurologica, odontoiatrica, ortopedica o pediatrica) può mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici della centrale operativa, che forniranno informazioni e consigli e valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in favore dell'assicurato.

Art. 35 – Invio di un medico generico a domicilio o di un'autoambulanza

Se a seguito di malattia o infortunio l'assicurato, trovandosi in Italia, necessita di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o durante i giorni festivi e non riesca a reperirlo, la centrale operativa provvederà a inviare, a spese della Compagnia, uno dei medici convenzionati.

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

Art. 36 – Trasporto in autoambulanza in Italia dopo il ricovero di primo soccorso

Se l'assicurato, a seguito di malattia o infortunio, necessita di un trasporto in autoambulanza, dopo il ricovero di primo soccorso, la centrale operativa provvederà a inviarla direttamente, tenendo a proprio carico la relativa spesa fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 300 km di percorso complessivo (casa - ospedale e ritorno).

Art. 37 – Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Se l'assicurato, a seguito di malattia o infortunio, sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, non risulti curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della provincia di residenza, la centrale operativa, previa analisi del quadro clinico dell'assicurato e d'intesa con il medico curante, provvederà a:

- individuare e prenotare, tenuto conto della disponibilità esistente, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'assicurato;

- organizzare il trasporto dell'assicurato con il mezzo, tra quelli di seguito elencati, che sia più idoneo alle sue condizioni:
 - aereo sanitario (limitatamente al trasferimento in Paesi Europei);
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
 - treno, prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza (senza limiti di chilometraggio);
- assistere l'assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico ove necessario.

Art. 38 – Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'assicurato, a seguito malattia o infortunio, in conseguenza della prestazione indicata all'art. 37 “Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato”, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la centrale operativa provvederà al suo rientro con il mezzo, tra quelli di seguito elencati, che sia più idoneo alle sue condizioni:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe, e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla centrale operativa ed effettuato a spese della Compagnia, inclusa l'assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, se necessaria.

Art. 39 – Assistenza infermieristica presso l'istituto di cura

Se a seguito di malattia o infortunio l'assicurato, durante un periodo di ricovero in istituto di cura, necessita di essere assistito da un infermiere, la centrale operativa provvederà al suo reperimento. La Compagnia ne assume le spese **fino a un massimo di euro 500,00 per assicurato e per anno.**

Art. 40 – Invio di medicinali urgenti

Se a seguito di malattia o infortunio l'assicurato necessita urgentemente, secondo parere del medico curante, di specialità medicinali che sono commercializzate in Italia ma irreperibili sul posto, la centrale operativa provvederà a inviarle con il mezzo più rapido (tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto di medicinali). Restano a carico dell'assicurato i costi dei prodotti medicinali stessi.

CONVALESCENZA E RIABILITAZIONE

Art. 41 – Invio di un infermiere a domicilio

Se l'assicurato, nelle due settimane successive al rientro dal ricovero, necessita di essere assistito da un infermiere, la centrale operativa provvederà al suo reperimento.

La Compagnia ne assume le spese **fino a un massimo di euro 500,00 per assicurato e per anno.**

Art. 42 – Invio di un fisioterapista a domicilio

Se l'assicurato, a seguito di una malattia o di un infortunio necessita di un fisioterapista al domicilio, la centrale operativa provvederà a inviarglielo a domicilio.

La Compagnia ne assume le spese **fino a un massimo di euro 260,00 per sinistro.**

IN VIAGGIO

Art. 43 – Rientro sanitario (anche dall'estero)

Se a seguito di malattia o infortunio le condizioni dell'assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della centrale operativa e il medico curante sul posto, rendono necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la centrale operativa provvederà a effettuare il trasporto con il mezzo più idoneo alle condizioni del paziente e scelto tra uno dei seguenti:

- aereo sanitario (**limitatamente al trasferimento in Paesi Europei**);
- aereo di linea classe economica, eventualmente in barella;
- treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla centrale operativa e le spese relative restano a carico di La Compagnia, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, ove necessaria.

Se l'assicurato è rientrato a spese della Compagnia, la centrale operativa ha diritto di richiedergli, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o le lesioni che, a giudizio dei medici curanti, possono essere curate sul posto o che non impediscono all'assicurato di proseguire il viaggio e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali o internazionali.

La prestazione inoltre non è dovuta nel caso in cui l'assicurato o i suoi familiari decidano per le dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'assicurato è ricoverato.

Art. 44 – Rientro anticipato

Se l'assicurato, trovandosi in viaggio, rientra alla propria residenza prima della data che aveva programmato e con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, a causa della morte avvenuta in Italia, come da data risultante sul certificato di morte rilasciato dall'anagrafe, di uno dei seguenti familiari: coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora, la centrale operativa provvederà a fornirgli, con spese a carico della Compagnia, un biglietto ferroviario di prima classe o un aereo di classe economica, affinché possa raggiungere il luogo dove è deceduto in Italia il familiare o dove viene sepolto.

Nel caso in cui l'assicurato viaggiasse con un minore, purchè assicurato, la centrale operativa provvederà a far rientrare entrambi. Se l'assicurato si trovasse nella impossibilità a utilizzare il proprio veicolo per rientrare anticipatamente, la centrale operativa gli metterà a disposizione un ulteriore biglietto per recarsi a recuperare successivamente il veicolo stesso.

Sono esclusi i casi in cui l'assicurato non possa fornire alla centrale operativa adeguate informazioni sui motivi che danno luogo alla richiesta di rientro anticipato.

Art. 45 – Recupero e rientro salma

Se a seguito di malattia o infortunio l'assicurato è deceduto, la centrale operativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Compagnia a proprio carico le relative spese fino a un massimo di euro 10.000,00 per sinistro, anche se sono coinvolti più assicurati. Se tale prestazione comporta un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento nel quale in Italia la centrale operativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate. Sono

inoltre comprese le eventuali spese per il recupero della salma con il **sottolimito di euro 2.000,00 per sinistro, anche se sono coinvolti più assicurati.**

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre nonché l'eventuale recupero della salma.

Art. 46 – Prolungamento del soggiorno all'estero

Se l'assicurato in viaggio non è in grado di intraprendere il rientro al proprio domicilio alla scadenza stabilita in conseguenza di malattia o infortunio, la centrale operativa organizzerà il prolungamento del soggiorno in albergo, tenendo la Compagnia a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione per i **5 giorni successivi alla data stabilita per il rientro e fino a un massimo di euro 100,00 al giorno per assicurato.**

La prestazione è operante quando il sinistro si verifica all'estero.

Art. 47 – Rientro degli altri assicurati

In caso di rientro sanitario dell'assicurato in base alle condizioni previste nel precedente art. 43 "Rientro sanitario (anche dall'estero)", se le persone in viaggio con l'assicurato, purché anch'esse assicurate, non sono in grado di rientrare per ragioni obiettive con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato, la centrale operativa provvede a fornire loro un biglietto ferroviario, prima classe, o aereo, classe economica, per rientrare alla propria residenza in Italia.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo dei biglietti fino a **un importo massimo di euro 500,00 per assicurato.**

La Compagnia avrà la facoltà di richiedere gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati per il rientro.

Art. 48 – Assistenza di un interprete all'estero

Se l'assicurato in viaggio, in caso di ricovero in ospedale per malattia o infortunio, trova difficoltà a comunicare nella lingua locale, la centrale operativa provvederà a inviare un interprete.

La Compagnia terrà a proprio carico le spese per un massimo di 8 ore lavorative per sinistro.

Art. 49 – Viaggio di un familiare e spese di soggiorno

Se a seguito di malattia o infortunio l'assicurato necessita di un ricovero in un istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la centrale operativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'assicurato ricoverato.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo. Se l'assicurato necessita di assistenza personale, la centrale operativa provvederà inoltre a ricercare e prenotare un albergo per il familiare, tenendo la Compagnia a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione **fino a un massimo di euro 100,00 per notte e per un massimo di 3 notti.**

Art. 50 – Anticipo spese mediche

Se l'assicurato deve sostenere delle spese mediche impreviste e non gli è possibile provvedere direttamente e immediatamente, la centrale operativa anticipa, per conto dell'assicurato, il pagamento delle fatture a esse relative **fino a un importo massimo di euro 500,00 per sinistro.**

Se l'ammontare delle fatture supera l'importo di euro 500,00, la prestazione viene dopo che siano date alla centrale operativa garanzie di restituzione delle somme stesse. L'importo delle fatture pagate dalla centrale operativa non potrà mai comunque superare la somma di euro 2.600,00.

La prestazione viene fornita a condizione che l'assicurato sia in grado di fornire adeguate garanzie per la restituzione della somma anticipata.

La prestazione non è operante se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'assicurato.

L'assicurato deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e le indicazioni delle referenze che consentano di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato.

L'assicurato deve provvedere a rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

La garanzia è operante quando il sinistro si verifica a oltre 50 km dal comune di residenza dell'assicurato.

SINGLE

Art. 51 – Invio di un infermiere per assistenza di un familiare non autosufficiente

Se l'assicurato convive da solo con un familiare non autosufficiente e deve ricoverarsi a seguito di malattia o infortunio, la centrale operativa provvederà a inviare presso il domicilio dell'assicurato un infermiere per assistere il familiare non autosufficiente.

La Compagnia terrà a proprio carico l'onorario **fino a un massimo di euro 500,00 per sinistro**.

Per non autosufficiente si intende la persona invalida che necessita di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita. Tale stato deve essere certificato da accertamento medico legale rilasciato dalla commissione sanitaria dell'Asl di competenza

per l'accertamento degli stati di invalidità civile (legge 104/92).

Art. 52 – Pensione per animali domestici

Se a seguito di malattia o infortunio l'assicurato deve ricoverarsi presso un istituto di cura e nessuno può prendersi cura degli animali domestici (cane e/o gatto) di sua proprietà, la centrale operativa provvederà a ricercare una pensione per tali animali. La Compagnia terrà a proprio carico la relativa spesa, **per un massimo di 15 giorni per sinistro**.

FAMIGLIA

Art. 53 – Accompagnamento di minori

Se l'assicurato in viaggio accompagnato da minori di 15 anni si trova nell'impossibilità di occuparsi di loro, a giudizio di un sanitario che lo ha in cura, in seguito a malattia o infortunio, la centrale operativa provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per permettere a un familiare residente in Italia, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

L'assicurato deve comunicare nome, indirizzo e recapito telefonico del familiare affinché la centrale operativa possa contattarlo e organizzare il viaggio.

Art. 54 – Baby sitter per minori

Se l'assicurato, a seguito di malattia o infortunio, viene ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a 5 giorni, oppure, a seguito di un ricovero in istituto di cura, è temporaneamente invalido, e pertanto impossibilitato ad accudire i figli minori di 15 anni, la centrale operativa segnalerà il nominativo di una baby sitter nella zona in cui si trova l'assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali. La Compagnia terrà a proprio carico le relative spese fino a un massimo di euro 100,00 al giorno e per un massimo di 5 giorni per sinistro.

Art. 55 – Collaboratrice familiare

Se l'assicurato, a seguito di malattia o infortunio, è stato ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a 5 giorni e sia temporaneamente invalido, pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la centrale operativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova compatibilmente con le disponibilità locali.

La Compagnia terrà a proprio carico le relative spese fino a un massimo di euro 100,00 al giorno e per un massimo di 5 giorni per sinistro.

Art. 56 – Consulenza pediatrica

Se l'assicurato, a seguito di malattia o infortunio del proprio figlio necessita di un consulto telefonico urgente e non riesce a reperire il proprio medico specialista, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della centrale operativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

Allegato - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mielopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Interventi di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. Di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococcosi polmonare

- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

- Mastectomia totale o parziale con svuotamento del cavo ascellare per neoplasia maligna

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale
- Decompressione della a. vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totale, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparotomica (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezione epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

INFORMATIVA AL CLIENTE SULL'ATTIVAZIONE DELL'AREA RISERVATA

Il presente documento è valido a decorrere dal 31 ottobre 2013 e costituisce parte integrante al Fascicolo Informativo/Prospetto d'offerta

In seguito all'emanazione del Provv. 7 IVASS del 16/07/2013 recante "Disposizioni in materia di Gestione dei rapporti assicurativi via web, attuativo dell'articolo 22, comma 8, del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n. 179 convertito con legge 17 dicembre 2012, n. 221 – Modifiche al Regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010" la Compagnia ha predisposto sul proprio sito internet un'apposita area a Lei riservata, tramite la quale le sarà possibile consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali sottoscritte, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze nonché i valori di riscatto e le valorizzazioni aggiornate.

L'accesso alle informative via web ha la finalità di favorire una più efficace gestione dei rapporti assicurativi valorizzando il canale di comunicazione telematico quale strumento per accrescere la trasparenza e semplificare il rapporto impresa-assicurato.

La informiamo che potrà richiedere le credenziali di accesso all'area a Lei riservata, secondo le modalità pubblicate nella *home page* del sito *internet* della Compagnia.