bene ASSICURAZIONI

BUSINESS WELFARE

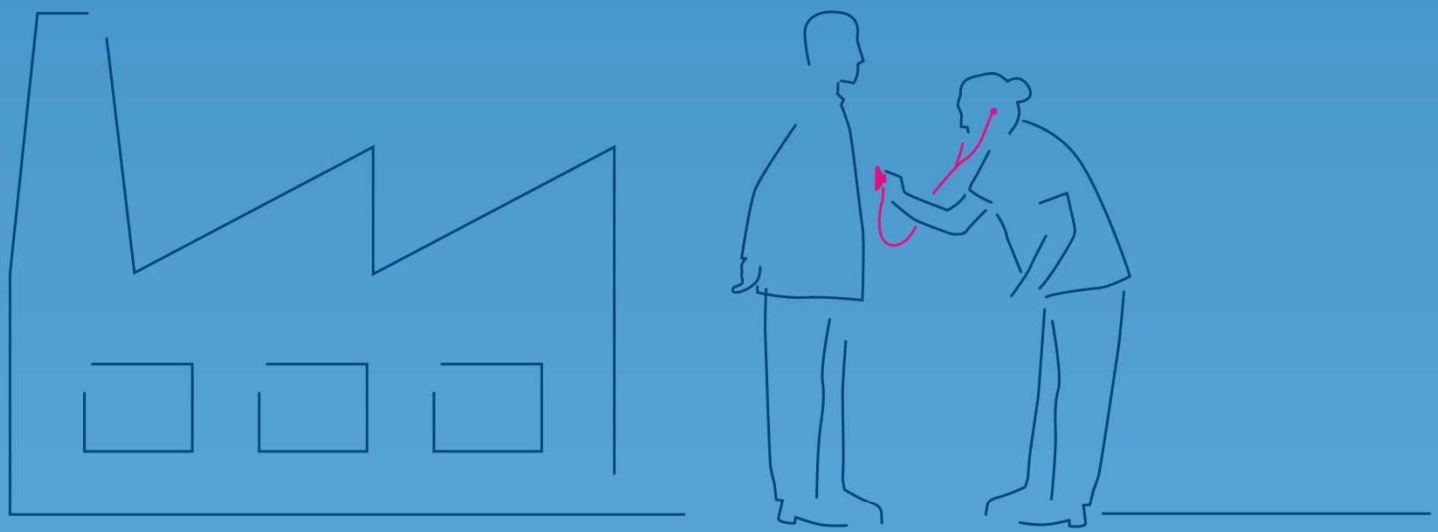
Assicurazione Sanitaria per Amministratori e Dipendenti di Azienda

FASCICOLO INFORMATIVO

Edizione 05/2018

Il presente Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva di Glossario e Condizioni di Assicurazione deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.



MALATTIA
PERSONA MOBILITÀ ATTIVITÀ

INDICE DEL FASCICOLO INFORMATIVO

NOTA INFORMATIVA pag. 1 di 12

A) INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONI pag. 1 di 12

B) INFORMAZIONI SUL CONTRATTO pag. 1 di 12

C) INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI pag. 10 di 12

GLOSSARIO pag. 1 di 6

CONDIZIONI DI POLIZZA pag. 1 di 43

CONDIZIONI GENERALI CHE REGOLANO I SINISTRI pag. 33 di 43

Integrano il Fascicolo Informativo:

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINI CONTRATTUALI *pag. 1 di 2*

RIFERIMENTI UTILI *pag. 1 di 1*

NOTA INFORMATIVA

PREMESSA

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 deve prendere visione delle condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.
Gli eventuali aggiornamenti delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative saranno consultabili sul sito internet www.bene.it

A) INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONI

A

1) Informazioni generali

Bene Assicurazioni S.p.A.: Società per azioni autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n. 0237415 del 21/12/2016, iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione IVASS al numero 1.00180, soggetta alla direzione e coordinamento di Bene Holding S.p.A. appartenente al Gruppo assicurativo Bene iscritto all'Albo Gruppi Assicurativi con n. 054.
Sede legale: Via dei Valtorta, 48 – 20127 Milano, Italia
Telefono: 02. 892973
Sito internet: www.bene.it
Indirizzo *email*: info@bene.it
Indirizzo pec: beneassicurazioni@legalmail.it

2) Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto di Bene Assicurazioni rilevabile dall'ultimo bilancio approvato ammonta a 12,629 milioni di euro, di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a 11 milioni di euro.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione di tutti i rami danni, ovvero il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, e quindi calcolato secondo i parametri della Direttiva Quadro 2009/138/UE (c.d. Solvency II) come recepita dal D. Lgs. 74/2015 di aggiornamento del D.Lgs. 209/2005, è invece pari a _____ volte il minimo regolamentare richiesto dalla predetta normativa vigente.

Si rinvia al sito internet della Società per la consultazione di eventuali aggiornamenti del fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative.

B

B) INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il Contratto, salvo diversa indicazione sul simplo di polizza, è stipulato con tacito rinnovo.

AVVERTENZA:
In mancanza di disdetta mediante comunicazione spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un altro anno e così – di volta in volta - per gli anni successivi al secondo.

3) Coperture assicurative offerte- Esclusioni e Limitazioni

Le coperture offerte dal Contratto, con le modalità ed Esclusioni specificate nelle Condizioni Generali di Assicurazione, sono quelle riportate sulla Polizza, scelte dall'Assicurato/Contraente tra le seguenti:

OPZIONE - BASE GRANDI INTERVENTI

Prestazioni Ospedaliere	La Società, se attivata la garanzia, rimborsa fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese di cui ai punti A. fino a G. dell'art. 21, e rappresentate nella tabella all'art. 25, sostenute dall'Assicurato durante il periodo di validità della Polizza, rese necessarie da Malattia o da Infortunio. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Limitazioni ed Esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 22 – 23 - 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Scoperti e Massimali, si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 25
Prestazioni Extraospedaliere	La Società, se attivata la garanzia, rimborsa fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese di cui ai punti H; I limitatamente ai punti 1 e 2; N; O; P e S dell'art. 21, e rappresentate nella tabella all'art. 25, sostenute dall'Assicurato durante il periodo di validità della Polizza, rese necessarie da Malattia o da Infortunio. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Limitazioni ed Esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 22 – 23 - 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Scoperti e Massimali, si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 25

OPZIONE - COMPLETA 100

Prestazioni Ospedaliere	La Società, se attivata la garanzia, rimborsa fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese di cui ai punti A. fino a F. dell'art. 21, e rappresentate nella tabella all'art. 25, sostenute dall'Assicurato durante il periodo di validità della Polizza, rese necessarie da Malattia, compreso il Parto, l'Aborto Terapeutico e l'Aborto Spontaneo, o da Infortunio. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Limitazioni ed Esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 22 – 23 - 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Scoperti e Massimali, si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 25

Prestazioni Extraospedaliere	La Società, se attivata la garanzia, rimborsa fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese di cui ai punti H; I limitatamente ai punti 1 e 2; N; O; P e S dell'art. 21 e rappresentate nella tabella all'art. 25, sostenute dall'Assicurato durante il periodo di validità della Polizza, rese necessarie da Malattia, compreso il Parto, l'Aborto Terapeutico e l'Aborto Spontaneo, o da Infortunio. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Limitazioni ed Esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 22 – 23 - 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Scoperti e Massimali, si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 25

OPZIONE - COMPLETA 150

Prestazioni Ospedaliere	La Società, se attivata la garanzia, rimborsa fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese di cui ai punti A. fino a F. dell'art. 21, e rappresentate nella tabella all'art. 25, sostenute dall'Assicurato durante il periodo di validità della Polizza, rese necessarie da Malattia, compreso il Parto, l'Aborto Terapeutico e l'Aborto Spontaneo, o da Infortunio. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Limitazioni ed Esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 22 – 23 - 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Scoperti e Massimali, si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 25
Prestazioni Extraospedaliere	La Società, se attivata la garanzia, rimborsa fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese di cui ai punti H; I limitatamente ai punti 1, 2 e 3; M; N; O; P e S dell'art. 21 e rappresentate nella tabella all'art. 25, sostenute dall'Assicurato durante il periodo di validità della Polizza, rese necessarie da Malattia, compreso il Parto, l'Aborto Terapeutico e l'Aborto Spontaneo, o da Infortunio. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Limitazioni ed Esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 22 – 23 - 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Scoperti e Massimali, si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 25

OPZIONE - COMPLETA 200

Prestazioni Ospedaliere	La Società, se attivata la garanzia, rimborsa fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese di cui ai punti A. fino a F. dell'art. 21, e rappresentate nella tabella all'art. 25, sostenute dall'Assicurato durante il periodo di validità della Polizza, rese necessarie da Malattia, compreso il Parto, l'Aborto Terapeutico e l'Aborto Spontaneo, o da Infortunio. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Limitazioni ed Esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 22 – 23 - 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Scoperti e Massimali, si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 25
Prestazioni Extraospedaliere	La Società, se attivata la garanzia, rimborsa fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese di cui ai punti H; I limitatamente ai punti 1, 2 e 3; M; N; O; P e S dell'art. 21 e rappresentate nella tabella all'art. 25, sostenute dall'Assicurato durante il periodo di validità della Polizza, rese necessarie da Malattia, compreso il Parto, l'Aborto Terapeutico e l'Aborto Spontaneo, o da Infortunio. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Limitazioni ed Esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 22 – 23 - 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Scoperti e Massimali, si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 25

OPZIONE - COMPLETA 250

Prestazioni Ospedaliere	La Società, se attivata la garanzia, rimborsa fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese di cui ai punti A. fino a F. dell'art. 21, e rappresentate nella tabella all'art. 25, sostenute dall'Assicurato durante il periodo di validità della Polizza, rese necessarie da Malattia, compreso il Parto, l'Aborto Terapeutico e l'Aborto Spontaneo, o da Infortunio. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Limitazioni ed Esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 22 – 23 - 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Scoperti e Massimali, si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 25

Prestazioni Extraospedaliere	La Società, se attivata la garanzia, rimborsa fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese di cui ai punti H; I limitatamente ai punti 1, 2 e 3; M; N; O; P e S dell'art. 21 e rappresentate nella tabella all'art. 25, sostenute dall'Assicurato durante il periodo di validità della Polizza, rese necessarie da Malattia, compreso il Parto, l'Aborto Terapeutico e l'Aborto Spontaneo, o da Infortunio. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Limitazioni ed Esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 22 – 23 - 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Scoperti e Massimali, si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 25

OPZIONE - INTEGRATIVA QUADRI

Prestazioni Ospedaliere	La Società, se attivata la garanzia, rimborsa fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese di cui ai punti A. fino a F. dell'art. 21, e rappresentate nella tabella all'art. 25, sostenute dall'Assicurato durante il periodo di validità della Polizza, rese necessarie da Malattia, compreso il Parto, l'Aborto Terapeutico e l'Aborto Spontaneo, o da Infortunio. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Limitazioni ed Esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 22 – 23 – 24 - 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Scoperti e Massimali, si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 24 – 25
Prestazioni Extraospedaliere	La Società, se attivata la garanzia, rimborsa fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese di cui ai punti H; I limitatamente ai punti 1, 2 e 3; M; N; O; P e S dell'art. 21 e rappresentate nella tabella all'art. 25, sostenute dall'Assicurato durante il periodo di validità della Polizza, rese necessarie da Malattia, compreso il Parto, l'Aborto Terapeutico e l'Aborto Spontaneo, o da Infortunio. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Limitazioni ed Esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 22 – 23 – 24 - 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Scoperti e Massimali, si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 24 – 25

OPZIONE - INTEGRATIVA DIRIGENTI

Prestazioni Ospedaliere	La Società, se attivata la garanzia, rimborsa fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese di cui ai punti A. fino a F. dell'art. 21, e rappresentate nella tabella all'art. 25, sostenute dall'Assicurato durante il periodo di validità della Polizza, rese necessarie da Malattia, compreso il Parto, l'Aborto Terapeutico e l'Aborto Spontaneo, o da Infortunio. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Limitazioni ed Esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 22 – 23 – 24 - 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Scoperti e Massimali, si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 24 – 25
Prestazioni Extraospedaliere	La Società, se attivata la garanzia, rimborsa fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese di cui ai punti H; I limitatamente ai punti 1, 2, 3, 6 e 7; M; N; O; P e S dell'art. 21 e rappresentate nella tabella all'art. 25, sostenute dall'Assicurato durante il periodo di validità della Polizza, rese necessarie da Malattia, compreso il Parto, l'Aborto Terapeutico e l'Aborto Spontaneo, o da Infortunio. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Limitazioni ed Esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 22 – 23 – 24 - 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Scoperti e Massimali, si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 24 – 25

OPZIONE - BASIC AMMINISTRATORI

Prestazioni Ospedaliere	La Società, se attivata la garanzia, rimborsa fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese di cui ai punti A. fino a F. dell'art. 21, e rappresentate nella tabella all'art. 25, sostenute dall'Assicurato durante il periodo di validità della Polizza, rese necessarie da Malattia, compreso il Parto, l'Aborto Terapeutico e l'Aborto Spontaneo, o da Infortunio. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Limitazioni ed Esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 22 – 23 - 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Scoperti e Massimali, si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 25

Prestazioni Extraospedaliere	La Società, se attivata la garanzia, rimborsa fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese di cui ai punti H; N e S dell'art. 21 e rappresentate nella tabella all'art. 25, sostenute dall'Assicurato durante il periodo di validità della Polizza, rese necessarie da Malattia, compreso il Parto, l'Aborto Terapeutico e l'Aborto Spontaneo, o da Infortunio. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Limitazioni ed Esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 22 – 23 – 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Scoperti e Massimali, si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 –25

OPZIONE - MEDIUM AMMINISTRATORI

Prestazioni Ospedaliere	La Società, se attivata la garanzia, rimborsa fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese di cui ai punti A. fino a F. dell'art. 21, e rappresentate nella tabella all'art. 25, sostenute dall'Assicurato durante il periodo di validità della Polizza, rese necessarie da Malattia, compreso il Parto, l'Aborto Terapeutico e l'Aborto Spontaneo, o da Infortunio. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Limitazioni ed Esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 22 – 23 - 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Scoperti e Massimali, si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 25
Prestazioni Extraospedaliere	La Società, se attivata la garanzia, rimborsa fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese di cui ai punti H; I limitatamente ai punti 1,2,3,4,5,8,9 e 10; N; R e S dell'art. 21 e rappresentate nella tabella all'art. 25, sostenute dall'Assicurato durante il periodo di validità della Polizza, rese necessarie da Malattia, compreso il Parto, l'Aborto Terapeutico e l'Aborto Spontaneo, o da Infortunio. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Limitazioni ed Esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 22 – 23 – 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Scoperti e Massimali, si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 –25

OPZIONE - FULL AMMINISTRATORI

Prestazioni Ospedaliere	La Società, se attivata la garanzia, rimborsa fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese di cui ai punti A. fino a F. dell'art. 21, e rappresentate nella tabella all'art. 25, sostenute dall'Assicurato durante il periodo di validità della Polizza, rese necessarie da Malattia, compreso il Parto, l'Aborto Terapeutico e l'Aborto Spontaneo, o da Infortunio. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Limitazioni ed Esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 22 – 23 - 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Scoperti e Massimali, si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 25
Prestazioni Extraospedaliere	La Società, se attivata la garanzia, rimborsa fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese di cui ai punti H; I limitatamente ai punti 1,2,3,4,5,8,9 e 10; N; P; Q; R e S dell'art. 21 e rappresentate nella tabella all'art. 25, sostenute dall'Assicurato durante il periodo di validità della Polizza, rese necessarie da Malattia, compreso il Parto , l'Aborto Terapeutico e l'Aborto Spontaneo, o da Infortunio. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Limitazioni ed Esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 – 22 – 23 – 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione. ▶ **AVVERTENZA:** il Contratto prevede Scoperti e Massimali, si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 21 –25

ESEMPIO DI FUNZIONAMENTO PRESTAZIONI OSPEDALIERE	Spese intervento chirurgico in clinica privata convenzionata: **25.000 euro** Rimborso erogato dalla Società: **25.000 euro**
ESEMPIO DI FUNZIONAMENTO DELLO SCOPERTO:	Somma assicurata (Massimale): **5.000 euro** Spese mediche TAC: **250 euro** Scoperto: **20%** Indennizzo: **250 euro – 50 euro (il 20% di 250 è 50 euro) = 200 euro**
ESEMPIO DI FUNZIONAMENTO DEL MASSIMALE:	Somma assicurata per parto fisiologico (Massimale): **5000 euro** Spese mediche sostenute: **7000 euro** Indennizzo massimo: **5000 euro**

4) Dichiarazioni dell'Assicurato in merito alle circostanze del rischio

AVVERTENZA:
le dichiarazioni inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del Contratto possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento del Sinistro. Si rinvia per maggior dettaglio all' articolo 1 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

---

5) Limiti di età

AVVERTENZA:
La presente Polizza prevede un limite massimo di età in entra al momento della sottoscrizione del Contratto e un limite massimo di età assicurabile. Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia all' art. 6 delle Condizioni Generali di Assicurazioni.

---

6) Aggravamento del rischio

L'Assicurato o il Contraente deve dare immediatamente comunicazione scritta alla Società di qualsiasi aggravamento del rischio, così come previsto dall' articolo 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

---

7) Variazione delle persone assicurate - Regolazione del Premio

Le inclusioni di Assicurati che si verifichino nel corso dell'annualità assicurativa dovranno essere comunicate alla Società nei termini e alle condizioni indicate all'art. 7 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

---

8) Pagamento del Premio

Il pagamento del Premio, con la periodicità prevista dal presente Contratto, può essere effettuato dal Contraente tramite:
- assegni bancari, postali o circolari intestati all'Intermediario, espressamente in tale qualità, oppure alla Società;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico che abbiano quale beneficiario l'Intermediario, espressamente in tale qualità, oppure la Società;
- denaro contante, nei limiti e con le modalità previsti dalla normativa vigente.

Il pagamento del Premio con assegno viene accettato con riserva di verifica e salvo buon fine. È fatto salvo, qualora l'assegno non venga pagato, il disposto dell'art. 1901 del codice civile che disciplina il caso di mancato pagamento del Premio

---

9) Anticipata risoluzione

AVVERTENZA:
La Polizza prevede casi di risoluzione anticipata del Contratto, si rinvia per maggior dettaglio agli articoli 1,6 e 9 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

---

10) Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione

Così come previsto dall'articolo 2952 del Codice Civile:
- il diritto al pagamento delle rate di Premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze;
- i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono nel termine di 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

AVVERTENZA:
Tra le cause di decadenza dei diritti derivanti dal Contratto vi è il mancato rispetto degli obblighi in capo all'Assicurato in caso di Sinistro. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda agli articoli 26 – 27 - 28 – 29 delle Condizioni Generali di Assicurazione

11) Legge applicabile al Contratto di Assicurazione

Al Contratto sarà applicata la legge italiana.

12) Imposte fiscali applicate al Contratto

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

Il presente Contratto non dà diritto ad alcuna detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente.

ALIQUOTA	OPZIONI ASSICURATIVE
2,5%	PACCHETTO BASE GRANDE INTERVENTI FORMULA COMPLETA 100 FORMULA COMPLETA 150 FORMULA COMPLETA 200 FORMULA COMPLETA 250 FORMULA INTEGRATIVA QUADRI FORMULA INTEGRATIVA DIRIGENTI PACCHETTO BASIC AMMINISTRATORI PACCHETTO MEDIUM AMMINISTRATORI PACCHETTO FULL AMMINISTRATORI

C) INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

C

13) Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

AVVERTENZA:
Per la gestione e liquidazione dei Sinistri la Società si avvale di una Struttura Operativa esterna. Per maggiori dettagli si rinvia all'art. 27

AVVERTENZA:
La denuncia dei Sinistri per le prestazioni indirette, deve essere inoltrata a MyAssistance oppure alla presente Società, non appena l'Assicurato ne è venuto a conoscenza, la denuncia dovrà essere corredata dalla documentazione e dalle informazioni richieste secondo le modalità previste agli articoli 26 - 29

L'Assicurato è sollevato da l'obbligo di denuncia Sinistro, se si è avvalso di Strutture Sanitarie e di Medici specialisti convenzionati, ed è stato in questo preventivamente autorizzato da MyAssistance, in seguito alla presentazione della documentazione richiesta e nei termini previsti dagli articoli 26 – 28, saranno quest'ultimi a formalizzare la denuncia di Sinistro.
L'elenco delle strutture convenzionate è pubblicato sul sito www.myassistance.it o nell'Area riservata del sito https://app.myassistance.eu

---

14) Arbitrato

In caso di controversia tra le parti, quest'ultime si obbligano a conferire per iscritto mandato a decidere a un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte e uno di comune accordo, o in caso contrario, al Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. In alternativa a quanto appena esposto, l'Assicurato ha facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.
Per aspetti di maggior dettaglio si rimanda a quanto disposto dall'art. 19 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

---

15) Accesso all'area riservata Clienti

Sul sito della Società, disponibile all'indirizzo www.bene.it, il Contraente può accedere alla propria posizione assicurativa e consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali sottoscritte, lo stato dei pagamenti dei Premi e le relative scadenze. Allo scopo di consultare detta area riservata è necessario richiedere le credenziali di accesso previa registrazione nella sezione dedicata all'Area Clienti e seguire le istruzioni. In caso di problemi di accesso alla propria area riservata è disponibile un servizio di supporto all'indirizzo **clienti@bene.it**

---

16) Reclami

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

Bene Assicurazioni S.p.A.
Servizio Reclami
Via dei Valtorta, 48 - 20127 Milano
reclami@bene.it
Sito internet: www.bene.it

Nel reclamo 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.
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.

Bene Assicurazioni S.p.a. e` responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Il Rappresentante Legale

Dott. Andrea Sabia

GLOSSARIO

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione si incontrano spesso le parole e i termini elencati, ai quali la Società e il Contraente attribuiscono il significato di seguito espresso, che assume pieno valore ai fini dell'interpretazione della normativa contrattuale:

Aborto spontaneo: interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali.

Aborto terapeutico: interruzione volontaria di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, al fine di preservare la salute della gestante o per evitare lo sviluppo del feto affetto da gravi malformazioni/patologie.

Agopuntura: è una metodica terapeutica che consiste nell'applicazione e nella stimolazione con aghi, realizzati con specifica manifattura, in particolari zone della pelle, chiamati agopunti. Gli agopunti sono distribuiti su tutta la superficie corporea e tutto il corpo può dunque essere sede di agopuntura.

Anno Assicurativo: periodo continuativo di 12 (dodici) mesi in cui l'Assicurazione è efficace, il primo dei quali inizia alle ore 24 (ventiquattro) dalla Data di Decorrenza.

Assistenza diretta: modalità di erogazione della Prestazione, che presuppone l'utilizzo del Network Sanitario e l'autorizzazione da parte di MyAssistance, con conseguente accollo da parte della Società dei costi delle prestazioni entro i limiti previsti dell'Opzione Assicurativa prescelta.

Assistenza indiretta - a rimborso: modalità di liquidazione delle prestazioni da parte della Società con rimborso all'Assicurato entro i Massimali e limiti indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta.

Assistenza infermieristica: assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione (personale dipendente dell'Associato, Amministratori e, ove previsto, il Nucleo Familiare in quanto assistito dalla "Cassa di Assistenza AreaSalus"

Assicurazione o Contratto di Assicurazione: il Contratto mediante il quale la Società, a fronte del pagamento del Premio, si obbliga ad indennizzare o rimborsare all'Assicurato il danno ad esso prodotto dal verificarsi di un Sinistro, entro i limiti convenuti.

Associato: l'Azienda presso la quale lavora l'Assicurato.

Cartella Clinica: documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Centro medico:	struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata a trattamenti di natura estetica, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche.
Chirurgia bariatrica:	detta anche "chirurgia dell'obesità". Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).
Contraente:	"Cassa di Assistenza AreaSalus".
Convalescenza:	il periodo successivo alla dimissione dall'Istituto di Cura necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi.
Day Hospital con/senza intervento:	struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, esclusivamente senza pernottamento, che eroga prestazioni chirurgiche eseguite da medici chirurghi specialisti (Day Hospital con intervento) o terapie mediche (Day Hospital senza intervento) con redazione di Cartella Clinica. Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.
Data di Decorrenza:	la data indicata sul Certificato di Polizza dalla quale le coperture sono efficaci.
Difetti fisici:	conformazioni anomale di parti anatomiche (obiettivabili o clinicamente diagnosticate) e loro conseguenze peggiorative.
Documentazione medica e di spesa:	la fotocopia della Cartella Clinica completa (in caso di Ricovero e Day Hospital), la relazione medica dell'Intervento Chirurgico (in caso di Intervento Ambulatoriale), le prescrizioni ed i referti medici o ogni altra documentazione medica richiesta dalla Società, nonché la documentazione di spesa (originali o fotocopie delle fatture e delle notule, valide ai fini fiscali e quietanzate), integrata dalla descrizione dettagliata delle prestazioni sanitarie effettuate.
Evento:	- **Prestazioni Ospedaliere:** il singolo ricovero, Day Hospital o intervento chirurgico ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il Ricovero, Day Hospital o l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale. - **Prestazioni Extraospedaliere**: l'insieme di tutti gli accertamenti, le visite e gli esami riguardanti la stessa patologia, prescritti ed inviati contemporaneamente relativi alla stessa garanzia. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.
Franchigia:	l'importo contrattualmente stabilito che rimane a carico dell'Assicurato.
GIC:	Grande Intervento Chirurgico

Indennità sostitutiva: indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di ricovero che non comporti il rimborso di spese sanitarie.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obbiettivamente constatabili.

Intermediario: Il soggetto che esercita regolarmente l'attività di cui all'art. 106 delle Assicurazioni.

Intervento chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Intervento chirurgico ambulatoriale: l'intervento di piccola chirurgia non in regime di ricovero, effettuato da medico chirurgo presso Istituto di Cura, Centro medico o studio medico chirurgico.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di Day Hospital o di Ricovero, in favore e per 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: Istituto Universitario, Ospedale, Casa di Cura, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per Convalescenza o Lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri di benessere.

Lungodegenze: ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in Istituti di Cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Malattia: ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata Malattia.

Malattia mentale: 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 10° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-10 dell'OMS).

Malformazione: anomalia somatica grossolana nota o non nota all'Assicurato.

Massimale: la disponibilità unica ovvero la spesa massima rimborsabile per una o più Malattie e/o Infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno di copertura. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare e per Anno Assicurativo.

My Assistance: la Società di servizi che gestisce il servizio di assistenza agli Assicurati e provvede, per conto di Bene Assicurazioni, al pagamento diretto delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, oppure al rimborso agli Assicurati. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie e con i medici chirurghi convenzionati.

Medicina alternativa o complementare (MAC): definita anche "medicina non convenzionale" o "medicina olistica" si riferisce a un vasto insieme di pratiche sanitarie che non fanno parte della tradizione di un dato Paese e che non sono integrate nel sistema sanitario dominante.

Medicinali: sono considerati tali quelli che risultano descritti sull'Annuario Italiano dei Medicamenti. Quindi non sono tali i prodotti parafarmaceutici, omeopatici, cosmetici, dietetici, galenici, ecc., anche se prescritti da medico.

Moratorium Underwriting: modalità di adesione con esclusione delle patologie pregresse/preesistenti alla Data di Decorrenza della Polizza, nonché le loro complicanze e conseguenze dirette e indirete, per un numero definito di anni. Non è prevista la compilazione di Questionario Sanitario.

Network Sanitario: rete convenzionata con MyAssistance, costituita da Ospedali ed 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.

Nucleo familiare: costituiscono il Nucleo familiare del dipendente / amministratore esclusivamente:

a) coniuge (fiscalmente e non fiscalmente a carico), convivente more uxorio, figli fiscalmente a carico, anche non conviventi;

b) figli fiscalmente non a carico purché conviventi (fino al 30° - trentesimo - anno di età).

Omeopatia: trattasi di medicina alternativa complementare**,** il principio di base è che una sostanza che determini alcuni sintomi nel soggetto sano è in grado di curarli nel malato. Queste intuizioni sono ancora alla base della omeopatia definita classica.

Opzione Assicurativa: il documento che forma parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione, nel quale sono indicati i dati principali relativi alle coperture prestate prescelte dall'Associato.

Patologia pregressa/preesistente:	alterazione dello stato di salute conosciuta e/o diagnosticata o insorta secondo giudizio medico prima della Data di decorrenza dell'Assicurazione del singolo Assicurato.
Polizza:	il documento contrattuale, sottoscritto dalle Parti, che prova l'Assicurazione.
Premio:	il corrispettivo che il Contraente versa alla Società per la copertura assicurativa.
Protesi acustica (Apparecchio acustico):	è un dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di ampliare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi, avente carattere di stabilizzazione clinica.
Protesi ortopediche:	sostituzione artificiale di parte degli arti (escluse pertanto le ortesi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).
Questionario sanitario:	documento contrattuale che contiene le notizie sanitarie dell'Assicurato. Il documento deve essere compilato prima di stipulare il Contratto di Assicurazione e sottoscritto dall'Assicurato.
Rette di degenza:	trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.
Ricovero:	degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento.
Ricovero Improprio:	la degenza, 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.
Rimborso:	somma dovuta dall'Impresa all'Assicurato in caso di Sinistro.
Scoperto:	la parte delle spese sostenute, determinate in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.
Società:	Bene Assicurazioni.
SSN:	Servizio Sanitario Nazionale.
Struttura Operativa:	è parte della struttura organizzativa di MyAssistance, che provvede a fornire assistenza telefonica all'Assicurato e provvede alla gestione dei Sinistri relativi alle garanzie di cui alla presente Polizza.

Trattamenti fisioterapici e rieducativi:	prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista in possesso di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, 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 medica di MAC:	visita effettuata da medico, regolarmente iscritto all'Albo Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, per diagnosi e prescrizioni o trattamenti delle MAC previste nell'Opzione Assicurativa.
Visita specialistica:	la visita viene effettuata da Medico fin possesso 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. E' esclusa la specializzazione in Medicina Generale e le visite Pediatriche di controllo.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 Dichiarazioni e comunicazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o reticenti, dell'Assicurato o del Contraente, rese al momento della stipula del Contratto, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare, in caso di Sinistro, la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2 Altre assicurazioni

Se per lo stesso rischio coesistono più Assicurazioni, il Contraente/Assicurato, come stabilito dall'art. 1910 del Codice Civile, in caso di Sinistro deve avvisare tutti gli assicuratori, richiedendo a ciascuno l'Indennizzo/Risarcimento dovuto secondo il rispettivo Contratto considerato autonomamente.
Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio sia coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi Integrativi Sanitari.
Rimane salvo il diritto di regresso della Società.

Art. 3 Aggravamento del rischio

L'Assicurato o il Contraente devono dare immediata comunicazione scritta alla Società di qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del rischio e che possano comportare l'aggravamento del rischio stesso. **Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta in caso di Sinistro, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.**

Art. 4 Effetto dell'Assicurazione – Pagamento del Premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno indicato in Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati regolarmente pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno del pagamento.
Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione rimarrà sospesa dalle ore 24 (ventiquattro) del 15° (quindicesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno successivo al pagamento, ferme restando le scadenze successive stabilite dal Contratto, ai sensi dell'Art 1901 del Codice Civile.
Trascorso il termine di 15 (quindici) giorni di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del certificato, fermo il diritto ai Premi scaduti nonché di richiederne l'esecuzione.

I Premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza oppure alla Società ed è interamente dovuto per l'annualità in corso, anche se ne sia stato concesso il frazionamento semestrale.

4.1 Premi

I Premi annui per il complesso delle prestazioni descritte al successivo Art. 21 - "Oggetto della copertura assicurativa" sono applicati:

a) per singolo dipendente
b) per Nucleo familiare
c) per ogni figlio fiscalmente non a carico, purché convivente (fino al 30° - trentesimo - anno di età)

In caso di dipendente singolo con figlio/i non fiscalmente a carico, come descritto al punto c), il Premio annuo sarà composto dal Premio singolo più il Premio addizionale per ogni figlio fiscalmente non a carico.

Art. 5 Proroga dell'Assicurazione

In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza della Polizza, con lettera raccomandata, l'Assicurazione è prorogata per 1 (uno) anno e così successivamente.

Art. 6 Assicurati – Persone assicurabili

L'Assicurazione s'intende valida a favore di tutti i soggetti ammessi dall'Associato alla Polizza con età non superiore a 75 (settantacinque) anni compiuti (limite di età in ingresso nell'Assicurazione: 70 – settanta anni - anni compiuti). Più precisamente il dipendente, il coniuge (fiscalmente e non fiscalmente a carico), il convivente more uxorio, i figli fiscalmente a carico, anche non conviventi, i figli fiscalmente non a carico purché conviventi (fino al 30° - trentesimo - anno di età).

Se il dipendente raggiunge il limite di età in uscita l'Assicurazione cessa alla prima scadenza annuale di Polizza; in tal caso tutti i componenti del Nucleo familiare del titolare cessano nel medesimo momento in cui termina per il titolare.
Qualora, invece, un componente del Nucleo familiare raggiunga il 75° (settantacinquesimo) anno di età (o 30 – trenta- anni per i figli conviventi ma non fiscalmente a carico), l'Assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

Il nominativo d'ogni Assicurato sarà comunque individuato da un apposito elenco agli atti presso la Società ed integrato dalle comunicazioni "inclusioni-Esclusioni.

Per aziende fino a 5 (cinque) caponuclei (dipendente, incluso anche l'Amministratore) e se è stata prescelta un'Opzione Assicurativa in forma non integrativa è prevista la modalità di adesione "*Moratorium Underwriting*", come normato all' Art. 22 "Patologie pregresse/preesistenti".
Per l'inclusione in Polizza di ciascun Assicurato non è prevista la compilazione di un Questionario Sanitario.

L'Assicurato deve verificare le presenti Condizioni di Assicurazione, prestando particolare attenzione a quanto normato anche all'Art. Art. 22 – "Patologie pregresse/preesistenti".
Sono assicurabili le persone residenti in Italia, Stato del Vaticano e Repubblica di San Marino.

Art. 7 Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

7.1 Nuove assunzioni

Nel caso di nuove assunzioni nel corso dell'annualità assicurativa la copertura decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 31 (trentuno) giorni, qualora l'assunzione venga comunicata oltre il 31° (trentunesimo) giorno, la decorrenza avrà effetto dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno della comunicazione alla Società.
Per le inclusioni avvenute nel corso del primo semestre è dovuto il **100%** (centopercento) del Premio annuo; per le inclusioni avvenute nel corso del secondo semestre è dovuto il **60%** (sessantapercento) del Premio annuo.

7.2 Neo-promozioni

In caso di promozione di un dipendente da una categoria ad un'altra in corso d'anno, contraddistinte da pacchetti di copertura con differenti ammontare di Premio, ma sempre assicurati con la presente Polizza, si procede come segue:

a) se la promozione avviene nei primi 6 (sei) mesi dell'anno, il passaggio alla nuova copertura prevede il versamento del **100%** (centopercento) della differenza fra il nuovo Premio ed il Premio già versato per l'iscritto ad inizio anno;
b) se la promozione avviene nella seconda metà dell'anno, il versamento dovuto è pari al **60% (sessantapercento)** della differenza fra i due Premi;
c) In entrambi i suddetti casi i limiti ed i Massimali applicabili al periodo successivo all'inserimento nel nuovo pacchetto sono determinati calcolando la differenza tra quelli previsti in Polizza per la nuova copertura e quanto già fruito da ciascun Assicurato nella copertura precedente.
E' inoltre essenziale che suddette promozioni vengano comunicate alla Società entro 31 (trentuno) giorni.
Qualora la promozione venga invece comunicata oltre il 31° (trentunesimo) giorno, la decorrenza avrà effetto dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno della comunicazione alla Società.

7.3 Inclusione di Familiari in corso d'anno

Le inclusioni di Assicurati che si verifichino nel corso dell'annualità assicurativa per matrimonio, costituzione di rapporto more uxorio, di nascita dovranno essere comunicate alla Società entro 31 (trentuno) giorni dalla data dell'evento e la copertura decorrerà dalla data dell'evento stesso.
Nel caso di comunicazione effettuata oltre il 31° giorno dalla data dell'evento, la decorrenza avrà effetto dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno della comunicazione.
Per le inclusioni avvenute nel corso del primo semestre è dovuto il **100%** (centopercento) del Premio annuo; per le inclusioni avvenute nel corso del secondo semestre è dovuto il **60%** (sessantapercento) del Premio annuo.
Qualora la copertura preveda l'Assicurazione dell'intero Nucleo familiare, i neonati nati nel corso della copertura si intendono automaticamente assicurati, dal momento della nascita con decorrenza immediata, per i capitali e i rischi previsti per il nucleo; la comunicazione alla Società dovrà essere effettuata alla prima occasione utile per l'inserimento dei neonati nella lista degli assicurati.
Qualora la copertura non preveda l'Assicurazione dell'intero Nucleo familiare, i neonati nati nel corso della copertura non sono automaticamente assicurati.

I neonati nati da dipendente single nel corso della copertura si intendono assicurati per i capitali e rischi previsti per il medesimo dipendente Assicurato, dietro corresponsione della differenza di Premio.

Non è ammessa l'inclusione in corso d'anno per i familiari fiscalmente non a carico.
Inoltre non è possibile prestare la copertura assicurativa a singoli componenti del Nucleo familiare.

7.4 Esclusioni in corso d'anno

Per le Esclusioni in corso d'anno la Società non rimborserà il Premio pagato e non goduto. Sarà facoltà dell'Associato se far cessare la copertura sanitaria per l'ex dipendente e relativo Nucleo familiare, ove previsto, a decorrere dalla data di interruzione del rapporto di lavoro o lasciarla in vigore fino alla naturale scadenza. L'Associato dovrà comunicare alla Contraente e la Contraente alla Società la data dalla quale la copertura non dovrà più essere attiva.

7.5 Regolazione del Premio

L'Associato si impegna a comunicare alla Contraente e la Contraente alla Società, entro 31 **(trentuno)** giorni dal giorno in cui si verifichino, tutte le variazioni, di nuovi nominativi o le cessazioni, l'età degli stessi ed il rapporto come sopra descritto.
Alla scadenza dell'annualità si procederà alla regolazione contabile dei Premi dovuti in via definitiva alla Società in base alle variazioni intercorse nel corso dell'anno entro 45 (quarantacinque) giorni dalla scadenza della relativa Polizza.

Art. 8 Identificazione degli Assicurati

I singoli Associati, anche per il tramite della Contraente forniranno alla Società, attraverso un supporto informatico concordato, l'elenco nominativo del proprio personale dipendente e dei familiari dei relativi nuclei.

Art. 9 Persone non assicurabili

Indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita non sono assicurabili.

Al manifestarsi di tali affezioni nel corso del Contratto l'Assicurazione viene a cessare – indipendentemente dall'effettiva valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile senza obbligo per la Società di corrispondere l'Indennizzo.
Inoltre la presente Polizza non può essere applicata per:

- Government business (a titolo esemplificativo: parlamentari, corpi diplomatici etc);
- Gruppi sindacali;
- Gruppi eterogenei (a titolo esemplificativo: gruppi formati in modo casuale per l'acquisto di una copertura sanitaria, membri di club sociali o sportivi, associazioni in genere etc)

e per le professioni pericolose come da elenco riportato nell'Allegato 2.

Art. 10 Forma delle comunicazioni

Il Contraente e la Società prestano reciprocamente preventiva ed espressa accettazione di adempiere agli obblighi relativi alla trasmissione di comunicazioni in corso di Contratto anche utilizzando tecniche di comunicazioni a distanza.

Art. 11 Obblighi di consegna documentale a carico del Contraente

Prima dell'adesione alla copertura assicurativa, il Contraente ha l'obbligo di consegnare all'Assicurato i seguenti documenti:

a) Richiesta di adesione,
b) Informativa Privacy (consenso al trattamento dei dati personali),
c) Condizioni di Assicurazione.

Una copia della Richiesta di Adesione e dell'Informativa Privacy, entrambe sottoscritte dall'Assicurato, dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente alla Società qualora questa ne faccia richiesta.

Art. 12 Trasferimento di agenzia e operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

- cessazione d'agenzia o assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario,
- modifiche statutarie attinenti il cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale,
- trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso, la Società, entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia dell'operazione, renderà al Contraente un'informativa di dettaglio.

Il Contraente è tenuto, a sua volta, a comunicare tali informazioni ad ogni Assicurato

Art. 13 Assicurazione per conto altrui

Se la presente Assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'art.1891 del Codice Civile.

Art. 14 Oneri fiscali - Imposte

Sono a carico della Contraente le imposte e gli altri carichi presenti e futuri stabiliti in conseguenza del Contratto.

Art. 15 Foro Competente

Il Foro competente è quello determinabile ai sensi e per l'effetto delle norme in materia previste dal Codice di Procedura Civile.

Art. 16 – Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 17 Diritto di Surroga

La Società si riserva il diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 C.C.

Art. 18 Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere richieste con una comunicazione scritta – da effettuarsi anche per il tramite dell'Intermediario - e risultare da un apposito documento firmato dal Contraente e dalla Società.

Art. 19 Controversie / Arbitrato

In caso di controversie di natura medica, sulla natura della Malattia, o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici nonché sui criteri di indennizzabilità le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, al Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.
Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo della Malattia ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel quale caso il Collegio può intanto concedere un acconto sull'Indennizzo.
Per la risoluzione di eventuali controversie tra le Parti, l'Assicurato in alternativa a quanto precede, ha facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Art. 20 Rinvio alle norme di Legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di diritto italiano applicabili al Contratto.

Art. 21 Oggetto della copertura assicurativa

L'Assicurazione è operante in caso di Malattia, compreso il parto, l'Aborto terapeutico e l'Aborto spontaneo e in caso di Infortunio avvenuto in corso di copertura per le spese sostenute dall'Assicurato, fino a concorrenza dei Massimali e/o somme assicurate e con i limiti e per le garanzie indicati in Polizza, per:

- Ricovero in Istituto di Cura reso necessario anche da parto
- Day Hospital
- Intervento chirurgico ambulatoriale
- Ricovero per Grande Intervento Chirurgico (GIC)
- Prestazioni di Alta Diagnostica
- Visite specialistiche / Accertamenti diagnostici / Analisi di laboratorio
- Trattamenti fisioterapici e riabilitativi a seguito d'infortunio
- Cure Oncologiche in regime extra-ospedaliero
- Lenti/Occhiali
- Cure dentarie a seguito d'infortunio
- Cure dentarie da Malattia
- Protesi (acquisto e noleggio).

Si intendono operanti le prestazioni indicate nell'Opzione Assicurativa prescelta dall'Associato tra quelle riportate al successivo Art. 25 e richiamata sullo stampato di Polizza, con i Massimali, Scoperti, Franchigie e limiti di rimborso dalla medesima previsti.

I Massimali si intendono prestati per Nucleo familiare e per Anno Assicurativo, qualora non diversamente indicato.

La modalità di utilizzo delle prestazioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

Per ottenere le prestazioni di cui necessità, l'Assicurato può rivolgersi a MyAssistance, con le modalità riportate agli Artt. 28 e 29 "Gestione del Sinistro" delle Condizioni Generali.

Garanzie OSPEDALIERE

A Ricovero, Day Hospital e Intervento chirurgico ambulatoriale

1 Ricovero con/senza intervento chirurgico reso necessario da Malattia o Infortunio (secondo l'Opzione Assicurativa prescelta):

a. onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista, e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio), diritti di sala operatoria, materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, relativi al periodo di ricovero che comporti l'intervento chirurgico;
b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi solo in regime di ricovero con intervento chirurgico, i Medicinali, il tutto effettuato durante il periodo del ricovero;
c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in Assistenza diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di Assistenza diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
e. accertamenti diagnostici, Medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi solo a seguito di ricovero con intervento chirurgico, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
f. Assistenza infermieristica privata individuale, nel limite di € 50 (eurocinquanta) al giorno per un massimo di 30 (trenta) giorni per evento in caso di ricovero senza intervento chirurgico, ovvero senza alcun limite in caso di ricovero con intervento chirurgico.
Nel caso di trapianto sono escluse le spese sostenute a fronte di espianto da donatore.

2 Day Hospital con intervento chirurgico reso necessario da Malattia o Infortunio (secondo l'Opzione Assicurativa prescelta):

a. onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista, e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio), diritti di sala operatoria, materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi;

b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i Medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di Day Hospital;
c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i Day Hospital effettuati in Assistenza diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta per tutti gli altri Day Hospital effettuati non in totale regime di Assistenza diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il Day Hospital;
e. accertamenti diagnostici, Medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il Day Hospital medesimo;
f. Assistenza infermieristica privata individuale.

3 Day Hospital senza intervento chirurgico reso necessario da Malattia o Infortunio (secondo l'Opzione Assicurativa prescelta):

a. l'assistenza medica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i Medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di Day Hospital;
b. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i Day Hospital effettuati in Assistenza diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta per tutti gli altri Day Hospital effettuati non in totale regime di Assistenza diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
c. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il Day Hospital;
d. accertamenti diagnostici, Medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati nei giorni successivi al termine del Day Hospital e resi necessari dall'evento che ha determinato il Day Hospital medesimo.

4 Intervento chirurgico ambulatoriale reso necessario da Malattia o Infortunio (secondo l'Opzione Assicurativa prescelta):

a. onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista, e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio), diritti di sala operatoria, materiale di intervento;
b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i Medicinali, il tutto concomitante con l'intervento chirurgico;
c. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti l'intervento;
d. accertamenti diagnostici, Medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure termali, effettuati nei giorni successivi all'intervento e resi necessari dall'evento che ha determinato l'intervento medesimo.

5 Parto cesareo, Aborto terapeutico e Aborto spontaneo (secondo l'Opzione Assicurativa prescelta):

a. onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista, e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio), diritti di sala di parto, materiale di intervento;
b. l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i Medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
c. retta di degenza. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;

d. retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato fino alla data di dimissione della madre dall'ospedale);
e. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
f. accertamenti diagnostici, Medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

Le spese di cui ai alle lettere da a. fino a f. vengono rimborsate secondo il sub-massimale. Non viene applicato nessuno Scoperto.

Le spese per eventuali interventi concomitanti con la medesima via di accesso (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: appendicectomia, cisti ovarica, laparocele, ernia ombelicale ecc.) sono rimborsabili nel limite del sub-massimale specifico per il Parto Cesareo.

6. Parto fisiologico (secondo l'Opzione Assicurativa prescelta):
a. onorari equipe e ogni altro soggetto partecipante a Parto, diritti di sala di parto;
b. l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i Medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
c. retta di degenza. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
d. retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato fino alla data di dimissione della madre dall'ospedale);
e. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
f. accertamenti diagnostici, Medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuate nei giorni successivi al termine del ricovero e rese necessari dal parto.

Le spese di cui alle lettere da a. ad f. vengono rimborsate secondo il sub-massimale. Non viene applicato nessuno Scoperto.

7. Chirurgia refrattiva (secondo l'Opzione Assicurativa prescelta):
In caso di:
- **Anisometropia superiore a 4 (quattro)diottrie;**
- **e difetto di capacità visiva per occhio pari o superiore a 5 (cinque) diottrie.**

a. Intervento di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser ad eccimeri, onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;
b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i Medicinali, il tutto effettuato durante il periodo d'intervento;
c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in Assistenza diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria sia l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di Assistenza diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
e. accertamenti diagnostici, Medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche effettuate nei giorni successivi all'intervento e rese necessarie dall'intervento medesimo.

Le spese di cui alle lettere da a. ad e. vengono rimborsate secondo il sub-massimale. Non viene applicato nessun Scoperto.

8. **Interventi plafonati solo se effettuati in Assistenza indiretta (a rimborso) e solo per le opzioni in forma completa**
In caso di Intervento chirurgico la cui tipologia è inclusa nel seguente elenco, effettuato in Assistenza indiretta - a rimborso, la Società limita il Massimale rimborsabile all'Assicurato agli importi qui di seguito indicati. Il rimborso prevede altresì un limite giornaliero per la retta degenza che sarà applicato al totale dei costi sostenuti, prima dell'applicazione dello Scoperto e del Massimale previsto dall'Opzione Assicurativa prescelta.
Nel Massimale, sono altresì comprese tutte le spese sostenute durante il periodo di ricovero con intervento chirurgico o Day Hospital con intervento chirurgico o Intervento chirurgico ambulatoriale.

TIPO D'INTERVENTO CHIRURGICO	MASSIMALE
Legatura e stripping di vene	€ 3.500
Rinosettoplastica	€ 3.500
Intervento di rimozione mezzi di sintesi (ad. es. chiodi, placche, viti)	€ 3.000
Tonsillectomia/adenotonsillectomia	€ 3.000
Ernie o/o laparoceli della parete addominale	€ 4.000
Intervento per emorroidectomia e/o per asportazione di ragadi e/o di fistole	€ 5.500
Intervento per alluce valgo con o senza riallineamento metatarso-falangeo	€ 4.000
Interventi a carico del ginocchio (diversi da legamenti e protesi)	€ 5.000
Isteroscopia operativa	€ 5.000
Cistectomia (esclusa cistectomia totale)	€ 5.000
Miomectomia	€ 7.500
Ricostruzione dei legamenti	€ 8.500
Intervento sulla cuffia dei rotatori	€ 7.500
Asportazione di cisti ovariche	€ 10.000
Tiroidectomia	€ 10.000

Interventi per riduzione e sintesi fratture (anche con chiodi, placche, viti)	€ 8.000
Colecistectomia	€ 8.500
Ernia del disco	€ 12.000
Artrodesi vertebrale	€ 13.000
Interventi sulla prostata	Adenoma prostatico € 12.000 Adenocarcinoma prostatico € 18.000
Isterectomia	€ 18.000
Artroprotesi anca e ginocchio	€ 25.000

Tutti gli Interventi chirurgici, entro il Massimale indicato, includono anche gli Interventi chirurgici concomitanti, se riferiti alla stessa branca specialistica ed effettuati nella medesima seduta operatoria, e:

- se effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel Massimale dell'Intervento chirurgico principale previsto dalle presenti condizioni di Assicurazione;
- se effettuabili con diversa via d'accesso, sono rimborsabili in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

Gli interventi indicati nella tabella suesposta che risultano inseriti anche nell'elenco dei "Grandi Interventi Chirurgici" – di cui all' Allegato 1 - vengono rimborsati nel limite massimo dell'importo plafonato di cui alla presente tabella.

Le spese pre e post ricovero non rientrano nel limite indicato nella tabella suesposta e vengono rimborsate con applicazione dello Scoperto o Franchigia prevista per il regime di Assistenza in forma diretta o Assistenza in forma indiretta – a rimborso, come descritto alle lettere a), b) e c). Se l'Assicurato si avvale del SSN, i ticket sanitari sono rimborsati al 100%**(centopercento)**.

B. Accompagnatore

Con riferimento alle prestazioni di cui alla precedente lettera A, punti 1, 2, 3, 5, e 6, vengono altresì rimborsate le spese relative a vitto e pernottamento in istituto di cura o struttura alberghiera, ove non sussista la disponibilità in istituto di cura, con il limite giornaliero e con il massimo di giorni indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta.

C. Trasporto Sanitario

Vengono rimborsate entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta le spese del trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione, con mezzo di trasporto sanitario se in Italia, con qualunque mezzo di trasporto sanitario qualora l'Assicurato si trovi all'estero.

La presente prestazione è prevista nei casi disciplinati alle precedenti lettere A, punti 1, 2, 3, 5, e 6.

D. Rimpatrio salma

Vengono rimborsate entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese sostenute per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'Assicurato infermo a seguito di ricovero (anche in regime di Day Hospital) in istituto di cura all'estero per Malattia o Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, con o senza intervento chirurgico.
Sono escluse dal rimborso le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

E. Indennità sostitutiva

Qualora le prestazioni disciplinate nella precedente lettera A punti 1, 2, 3, 5 e 6 siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene corrisposta un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero (si intende come tale ogni giorno che comprende anche il pernottamento) e per Day Hospital.
Qualora le suddette spese siano solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato potrà scegliere tra l'Indennità Sostitutiva e il rimborso delle spese rimaste a suo carico.

Inoltre, vengono rimborsate, senza applicazione di Scoperto / Franchigia, le spese relative a:

- accertamenti diagnostici, visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero o il Day Hospital;
- accertamenti diagnostici, Medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure termali (escluse le spese alberghiere), trattamenti fisioterapici/rieducativi quest'ultimi solo a seguito di ricovero con intervento o Day Hospital con intervento effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero o Day Hospital e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero o Day Hospital medesimo.

F. Ticket SSN – Ospedaliere

Vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione disciplinata nell'Opzione Assicurativa prescelta, entro i limiti di assistenza previsti per ogni singolo tipo di prestazione.

G. Grandi interventi chirurgici (secondo l'Opzione Assicurativa prescelta)

Qualora l'Opzione Assicurativa prescelta dall'Associato preveda prestazioni relative a ricoveri ospedalieri correlate ai soli "Grandi Interventi Chirurgici (GIC)", si intendono operanti le prestazioni sopra descritte alle lettere da A. (punti 1, 2 e 8) a F. - nel limite indicato in tale Opzione Assicurativa - esclusivamente in occasione degli interventi chirurgici ricompresi nell'Allegato 1 di Polizza. Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" anche i trapianti di organi.

Garanzie EXTRAOSPEDALIERE

H. Alta Diagnostica (Cure e diagnostica di Alta Specializzazione)

Vengono rimborsate, fino alla concorrenza dei Massimalii e con gli Scoperti / limiti indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta, le prestazioni di "Alta Specializzazione" prescritti dal medico curante di cui al seguente elenco:

Diagnostica di Alta Specializzazione

- Amniocentesi (oltre il 35° -trentacinquesimo- anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto)
- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare con o senza mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) con o senza mezzo di contrasto
- Urografia
- Vesciculodeferentografia.

Terapie attinenti patologie oncologiche

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Radioterapia.

Terapie

- Dialisi
- Laserterapia.

Endoscopie non comportanti biopsia

- Broncoscopia
- Colonscopia
- Duodenoscopia
- Esofagoscopia
- Gastroscopia
- Rettoscopia.

I. Visite specialistiche/Accertamenti/Analisi di laboratorio (secondo l'Opzione Assicurativa prescelta)

Vengono rimborsate, fino alla concorrenza dei Massimali e con gli Scoperti / limiti indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese per:

1. Analisi ed esami diagnostici prescritti dal medico curante con esclusione di quelli elencati alla lett. H. del presente Articolo e degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da infortunio; in quest'ultimo caso, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'infortunio sia documentato da certificato di pronto soccorso. Sono altresì esclusi test di gravidanza, analisi di laboratorio ed ecografie di controllo della gravidanza;

2. Onorari medici per visite specialistiche prescritte dal medico curante, con esclusione di quelle pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da infortunio; in quest'ultimo caso, le predette visite vengono rimborsati purché l'infortunio sia documentato da certificato di pronto soccorso;

3. Assistenza infermieristica domiciliare prescritta dal medico curante. In caso di Infortunio o Malattia vengono rimborsate le spese sostenute dall'Assistito, entro il sub-limite indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, per Assistenza infermieristica professionale a domicilio;

4. Trattamenti fisioterapici e riabilitati, prescritti da Medico specialista ed effettuati presso Istituto di Cura, Centro medico, da Medico specialistica o da Professionista in possesso di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, i predetti trattamenti vengono rimborsati con un massimo di 1 ciclo (10 sedute) per Anno Assicurativo e per Assicurato, fermo il sub-limite indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta.
   Se i trattamenti sono resi necessari a seguito di infortuno, accorso in corso di copertura assicurativa, l'infortunio dovrà essere aggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso, o certificazione medica corredata da Documentazione clinica oggettiva (es. RX, Ecografia, TAC, RMN etc.);

5. Cure termali prescritte da medico specialista ed effettuate presso stabilimenti termali. Viene corrisposta un'indennità giornaliera omnicomprensiva per ogni giorno di permanenza nella stazione termale con un massimo di giorni per ogni Anno Assicurativo e per Assicurato;

6. Sedute di Agopuntura praticata da medico regolarmente iscritto all'Albo. Ai fini del rimborso, oltre alla fattura, le prestazioni devono essere corredata da una specifica indicazione dell'esecuzione della prestazione stessa e non è necessaria la prescrizione di un medico di medicina convenzionale;

7. Logopedia prescritta dal medico specialista, resa necessaria a seguito di Malattia o Infortunio (documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero);

8. Medicinali (non rimborsati dal SSN), tali prodotti devono essere prescritti dal medico e inerenti la patologia denunciata. L'Assicurato dovrà inviare:
   - la prescrizione medica con l'indicazione dei Medicinali e la relativa patologia; e
   - lo scontrino fiscale parlante valido ai fini fiscali;

9. Psicoterapia, prescritta da medico curante, sono comprese le sole nevrosi e per essere rimborsate devono essere trattate da medico o psicologo abilitato all'esercizio della professione.

Le prestazioni vengono rimborsate se rese necessarie a seguito di infortunio accorso in corso di copertura assicurativa e purché lo stesso sia aggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso;

10. Cure omeopatiche, effettuate da medico o presso Centro medico, comprese oltre alle visite mediche di MAC anche gli accertamenti ambulatoriali, esclusi i Medicinali.
Ai fini del rimborso, oltre alla fattura, le prestazioni devono essere corredata da una specifica indicazione dell'esecuzione della prestazione stessa e non è necessaria la prescrizione di un medico di medicina convenzionale;

M. Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da infortunio

Vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese sostenute per fisioterapia e trattamenti di riabilitazione a seguito di infortuno accorso in corso di copertura assicurativa, purché lo stesso sia aggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso, o certificazione medica corredata da Documentazione clinica oggettiva (es. RX, Ecografia, TAC, RMN etc.).
I trattamenti fisioterapici/riabilitativi per essere rimborsati devono essere prescritti da Medico specialista ed effettuati presso Istituto di Cura, Centro medico, Medico specialistica o Professionista in possesso di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia.

N. Cure Oncologiche in regime extraospedaliero

Vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese per visite, accertamenti diagnostici e terapie oncologiche, anche farmacologiche, relative a Malattie oncologiche, non effettuate in regime di ricovero o Day Hospital.

O. Cure dentarie da infortunio

Vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese per cure odontoiatriche, escluse le cure ortodontiche, rese necessarie da infortunio. Lo stesso deve essere oggettivamente documentato da certificazione di Pronto Soccorso o certificazione medica corredata da documentazione clinica oggettiva (es. ortopantomografia o rx endorale o fotografia) e corredato da fattura dettagliata con i singoli costi delle prestazioni eseguite. Le cure eseguite dovranno essere congrue con le lesioni dell'infortunio medesimo oggettivamente documentato.

P. Cure dentarie da Malattia

Vengono rimborsate le spese sostenute per cure e visite odontoiatriche, escluse le cure ortodontiche (ad eccezione delle Opzioni Amministratori e Dirigenti in forma Integrativa), entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta.

Per gli Assicurati (inclusi i membri del Nucleo familiare) che hanno aderito alla presente copertura nel corso del secondo semestre di ciascun Anno Assicurativo, la presente garanzia è prestata nell'ambito di un Massimale pari al **60%** di quello annuo previsto dall'Opzione Assicurativa prescelta.

Q. Lenti

Vengono rimborsate entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta le spese sostenute per l'acquisto di lenti (escluse le montature) o lenti a contatto correttive (escluse le "usa e getta" e lenti estetiche).
Il rimborso avviene in caso di prima prescrizione lenti o di successiva modifica del visus, entrambe certificate dal medico oculista o da ottico optometrista.

Per ottenere il rimborso è necessario presentare la Dichiarazione di Conformità rilasciata dall'ottico come da Decreto Legislativo 24 febbraio 1997, n. 46 e la prescrizione delle lenti con l'indicazione del deficit visivo attuale e quello precedente.

Sono escluse dalla garanzia (quando anche comprese sulla medesima fattura di spesa) le spese relative a liquidi per la pulizia e simili.

R. Protesi

Vengono rimborsate entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta le spese sostenute per l'acquisto e noleggio di Protesi ortopediche ed acustiche, tutori e simili, carrozzelle ortopediche nonché il noleggio. Le Protesi per essere rimborsate devono essere prescritte da Medico specialista.

S. Ticket SSN – Extraospedaliere

Vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione disciplinata nell'Opzione Assicurativa prescelta, entro i limiti di assistenza previsti per ogni singolo tipo di prestazione.

Art. 22 Patologie pregresse/preesistenti

Per le sole coperture per le quali è prevista l'adesione "*Moratorium Underwrtiting*" (vedasi Art. 6 "Assicurati – Persone assicurabili") sono da considerarsi escluse dall'Assicurazione, durante i primi tre anni dalla prima Data di Decorrenza della Polizza:

1. le complicanze, le conseguenze (dirette e indirette) di Malattie che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla Data di Decorrenza della Polizza;
2. le conseguenze (dirette e indirette), i postumi e complicanze di Infortuni che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla Data di Decorrenza della Polizza.

Tuttavia, in caso di rinnovo consecutivo della Polizza, la copertura delle patologie pregresse/preesistenti, nonché loro complicanze e conseguenze, note all'Assicurato al momento della prima sottoscrizione della Polizza è resa operante nei termini che seguono:

- al **25%** (venticinquepercento)per prestazioni effettuate a partire dalla quarta annualità di Polizza;
- al **50%** (cinquantapercento) per prestazioni effettuate a partire dalla quinta annualità in poi di Polizza.

Resta inteso che, le spese sostenute per patologie insorte successivamente alla data di prima sottoscrizione della Polizza, sempreché rimborsabili a termini di Polizza, sono riconosciute da subito al **100**% (centopercento) fermi i Massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati in Polizza.
Per le coperture per le quali non è prevista l'adesione "*Moratorium Underwriting*" le patologie pregresse/preesistenti sono da ritenersi incluse.

Art. 23 Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

1. le complicanze, le conseguenze dirette e indirette di stati invalidanti e Malattie e stati patologici già conosciute, diagnosticate o curate prima della Data di Decorrenza della Polizza, per le coperture per le quali è prevista l'adesione "*Moratorium Underwriting*", fermo quanto normato all'Art. 22 "Patologie pregresse/preesistenti";
2. i postumi di infortuni occorsi precedentemente alla Data di Decorrenza delle Polizza, nonché le relative conseguenze e complicanze per le coperture per le quali è prevista l'adesione "*Moratorium Underwriting*", fermo quanto normato all'Art. 22 "Patologie pregresse/preesistenti";
3. i trattamenti e le prestazioni effettuate e/o fatturate successivamente alla data di scadenza della Polizza, anche se la Malattia è insorta e l'infortunio è accaduto durante il periodo di validità della Polizza, salvo il caso in cui il ricovero abbia inizio entro la data di scadenza della Polizza. In questo specifico caso, la garanzia è operante anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione stessa sino a quando l'Assicurato venga dimesso dall'Istituto di Cura;
4. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per Lungodegenza;
5. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine;
6. le spese relative a prestazioni di Agopuntura, logopedia, trattamenti fisioterapici (se non previste dall'Opzione Assicurativa prescelta);
7. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi;
8. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge, gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e i professionisti non forniti di apposito diploma riconosciuta dalla normativa vigente;
9. le prestazioni non corredate da una specifica indicazione all'esecuzione della prestazione stessa (per la Medicina alternativa o complementare) vedasi Art. 21 lettera I punti 6 e 10;
10. le prestazioni non effettuate presso Istituti di Cura, Centri medici o da Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche, fisioterapiche e psicoterapiche;
11. i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di Medicina alternativa o non convenzionale e sperimentale (se non previste dall'Opzione Assicurativa prescelta);
12. le prestazioni determinate da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate, nonché da Malattie sessualmente trasmesse;
13. gli infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
14. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
15. le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
16. gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
17. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove);
18. gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;

19. le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
20. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
21. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
22. le applicazioni di carattere estetico;
23. trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati:

- a scopo ricostruttivo, anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
- a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza;
- a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna;

24. i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di Malattie mentali e i disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, nonché le conseguenze dell'assunzione di farmaci psicotropi ad uso terapeutico. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze (salvo quanto normato all'Art. 21 lettera I punto 9);
25. l'interruzione volontaria della gravidanza;
26. le cure e gli accertamenti odontoiatrici e le protesi dentarie e le cure ortodontiche (se non previste dall'Opzione Assicurativa prescelta);
27. le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti fisici o Malformazioni congenite preesistenti alla Data di Decorrenza della Polizza, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore a 3 (tre) anni assicurati dalla nascita;
28. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
29. la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo il caso in cui il differenziale tra gli occhi sia superiore a 4 (quattro) diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva per occhio pari o superiore alle 5 (cinque) diottrie;
30. 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° (terzo) grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40 – quaranta -);
31. Protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici (se non previste dall'Opzione Assicurativa prescelta), salvo le endoprotesi in caso di ricovero e Day Hospital con intervento chirurgico;
32. trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia e infortunio;
33. lenti ed occhiali (se non previste dall'Opzione Assicurativa prescelta);
34. i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (ricoveri impropri).

Art. 24 Assicurazione in forma integrativa

Nel caso in cui sia attivata un'opzione in forma integrativa, la copertura si intende prestata ad integrazione del FASI, FASDAC, QUAS, di seguito Fondi, (o altri Fondi equivalenti per i quali deve in ogni caso essere richiesta all'Impresa l'approvazione preventiva) ai quali l'Assicurato è obbligatoriamente iscritto, ossia a secondo rischio e ad integrazione, senza l'applicazione di Scoperto / Franchigia ed entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta.

E' previsto l'obbligo per l'Assicurato di presentare le proprie spese al Fondo di appartenenza; successivamente dovrà inviare la copia di tutta la documentazione presentata, insieme al documento di rimborso del Fondo, per ottenere dalla Società il rimborso della parte rimasta a suo carico, purché rimborsabili ai termini di Polizza.

Qualora i suddetti Fondi rifiutino di erogare il rimborso delle spese presentate, malgrado le stesse rientrino tra quelle previste dai rispettivi Regolamenti e sempreché queste risultino indennizzabili in base alla presente Polizza, verrà dato corso al rimborso delle sole spese eccedenti quanto previsto nei Regolamenti medesimi. Restando pertanto a carico dell'Assicurato gli importi previsti dai Tariffari adottati dai suddetti Fondi.
Le eventuali garanzie non previste dai suddetti Fondi, ma incluse nella presente Polizza, saranno fornite a primo rischio nell'ambito dei Massimali e dei limiti previsti nell'Opzione Assicurativa prescelta con una detrazione del **30%** (trentapercento) dell'importo indennizzabile.

Art. 25 Opzioni Assicurative

L'Associato può scegliere, per ciascuna delle categorie da assicurare, quale tra le seguenti opzioni assicurative intende attivare; essa dovrà risultare espressamente richiamata sullo stampato di Polizza.

Opzione - Base Grandi Interventi	
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Grandi Interventi Chirurgici	
Massimale	€ 100.000
Assistenza Diretta	rimborso al 100%
Assistenza Indiretta - a rimborso	Scoperto 20% minimo € 1.000
PRE/POST	90 giorni / 90 giorni
Submassimali	
Parto Fisiologico	NON INCLUSO
Parto Cesareo / Aborto terapeutico	NON INCLUSO
Chirurgia refrattiva	€ 1.000 per occhio (no Scoperti/Franchigie)
Limite rette di degenza (solo fuori rete)	€ 250
Accompagnatore	€ 50 giorno - massimo 50 giorni (no Scoperti/Franchigie)
Trasporto dell'Assicurato	€ 1.000 (no Scoperti/Franchigie)
Rimpatrio della salma	€ 1.000 (no Scoperti/Franchigie)
Indennità Sostitutiva	€ 75 giorno - massimo 50 giorni
PRE/POST Indennità Sostitutiva	90 giorni / 90 giorni (rimborso al 100%)
Ticket sulle prestazioni coperte	Rimborso al 100%

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica	
Massimale	€ 1.000
Condizioni	Scoperto 20%
Visite specialistiche / Accertamenti/ Analisi di laboratorio	
Massimale	€ 250
Condizioni	Scoperto 20% minimo € 50
- Assistenza infermieristica domiciliare	NON INCLUSO
Tratt. fisioterapici ed riabilitativi (da infortunio)	NON INCLUSO
Massimale	
Condizioni	
Cure Oncologiche in regime extrospedaliero	
Massimale	€ 10.000
Condizioni	Rimborso al 100%
Cure dentarie da infortunio	
Massimale	€ 2.000
Condizioni	
Cure dentarie da Malattia (esclusa cure ortodontiche)	
Massimale	€ 200
Condizioni	Scoperto 20% minimo € 100
Ticket sulle prestazioni coperte	Rimborso al 100%

Se non diversamente indicato i Massimali si intendono prestati per Nucleo familiare e per Anno Assicurativo.

Opzione - Completa 100	
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza interv., Intervento Amb.	
Massimale	€ 100.000
Assistenza Diretta	Franchigia fissa: € 500
Assistenza Indiretta - a rimborso	Scoperto 20% minimo € 1.000
PRE/POST	90 giorni / 90 giorni
Submassimali	
Parto Fisiologico	€ 1.000 (no Scoperti/Franchigie)
Parto Cesareo / Aborto terapeutico	€ 2.000 (no Scoperti/Franchigie)
Chirurgia refrattiva	€ 1.000 per occhio (no Scoperti/Franchigie)
Limite rette di degenza (solo fuori rete)	€ 250
Accompagnatore	€ 50 giorno - massimo 50 giorni (no Scoperti/Franchigie)

Trasporto dell'Assicurato	€ 1.000 (no Scoperti/Franchigie)
Rimpatrio della salma	€ 1.000 (no Scoperti/Franchigie)
Indennità Sostitutiva PRE/POST Indennità Sostitutiva	€ 75 giorno - massimo 50 giorni; Day Hospital 50% 90 giorni / 90 giorni (rimborso al 100%)
Ticket sulle prestazioni coperte	Rimborso al 100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica Massimale Condizioni	 € 2.000 Scoperto 20%
Visite specialistiche / Accertamenti/ Analisi di laboratorio Massimale Condizioni - Assistenza infermieristica domiciliare	 € 500 Scoperto 20% minimo € 50 NON INCLUSO
Tratt. fisioterapici ed riabilitativi (da infortunio) Massimale Condizioni	NON INCLUSO -
Cure Oncologiche in regime extrospedaliero Massimale Condizioni	 € 10.000 Rimborso al 100%
Cure dentarie da infortunio Massimale Condizioni	 € 2.000
Cure dentarie da Malattia (esclusa cure ortodontiche) Massimale Condizioni	 € 200 Scoperto 20% minimo € 100
Ticket sulle prestazioni coperte	Rimborso al 100%

Se non diversamente indicato i Massimali si intendono prestati per Nucleo familiare e per Anno Assicurativo.

Opzione - Completa 150	
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza interv., Intervento Amb. Massimale Assistenza Diretta Assistenza Indiretta - a rimborso	 € 150.000 Franchigia fissa: € 500 Scoperto 20% minimo € 1.000

PRE/POST	90 giorni / 90 giorni
Submassimali	
Parto Fisiologico	€ 2.000 (no Scoperti/Franchigie)
Parto Cesareo / Aborto terapeutico	€ 3.000 (no Scoperti/Franchigie)
Chirurgia refrattiva	€ 1.000 per occhio (no Scoperti/Franchigie)
Limite rette di degenza (solo fuori rete)	€ 300
Accompagnatore	€ 50 giorno - massimo 50 giorni (no Scoperti/Franchigie)
Trasporto dell'Assicurato	€ 1.500 (no Scoperti/Franchigie)
Rimpatrio della salma	€ 1.500 (no Scoperti/Franchigie)
Indennità Sostitutiva	€ 100 giorno - massimo 50 giorni; Day Hospital 50%
PRE/POST Indennità Sostitutiva	90 giorni / 90 giorni (rimborso al 100%)
Ticket sulle prestazioni coperte	Rimborso al 100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica	
Massimale	€ 3.000
Condizioni	Scoperto 20%
Visite specialistiche / Accertamenti/ Analisi di laboratorio	
Massimale	€ 1.000
Condizioni	Scoperto 20% minimo € 50
- Assistenza infermieristica domiciliare	€ 40 giorno, massimo € 600
Tratt. fisioterapici ed riabilitativi (da infortunio)	-
Massimale	€ 1.000
Condizioni	
Cure Oncologiche in regime extrospedaliero	
Massimale	€ 10.000
Condizioni	Rimborso al 100%
Cure dentarie da infortunio	
Massimale	€ 3.000
Condizioni	
Cure dentarie da Malattia (esclusa cure ortodontiche)	
Massimale	€ 500
Condizioni	Scoperto 20% minimo € 100
Ticket sulle prestazioni coperte	Rimborso al 100%

Se non diversamente indicato i Massimali si intendono prestati per Nucleo familiare e per Anno Assicurativo.

Opzione - Completa 200	
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza interv., Intervento Amb. Massimale Assistenza Diretta Assistenza Indiretta - a rimborso PRE/POST Submassimali Parto Fisiologico Parto Cesareo / Aborto terapeutico Chirurgia refrattiva Limite rette di degenza (solo fuori rete)	 € 200.000 Franchigia fissa: € 500 Scoperto 20% minimo € 1.000 90 giorni / 90 giorni € 3.000 (no Scoperti/Franchigie) € 4.000 (no Scoperti/Franchigie) € 1.000 per occhio (no Scoperti/Franchigie) € 350
Accompagnatore	€ 50 giorno - massimo 50 giorni (no Scoperti/Franchigie)
Trasporto dell'Assicurato	€ 2.000 (no Scoperti/Franchigie)
Rimpatrio della salma	€ 2.000 (no Scoperti/Franchigie)
Indennità Sostitutiva PRE/POST Indennità Sostitutiva	€ 125 giorno - massimo 50 giorni; Day Hospital 50% 90 giorni / 90 giorni (rimborso al 100%)
Ticket sulle prestazioni coperte	Rimborso al 100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica Massimale Condizioni	 € 4.000 Scoperto 20%
Visite specialistiche / Accertamenti/ Analisi di laboratorio Massimale Condizioni - Assistenza infermieristica domiciliare	 € 1.500 Scoperto 20% minimo € 50 € 40 giorno, massimo € 600
Tratt. fisioterapici ed riabilitativi (da infortunio) Massimale Condizioni	- € 1.500
Cure Oncologiche in regime extrospedaliero Massimale Condizioni	 € 10.000 Rimborso al 100%
Cure dentarie da infortunio Massimale Condizioni	 € 4.000
Cure dentarie da Malattia (esclusa cure ortodontiche) Massimale	 € 750

Condizioni	Scoperto 20% minimo € 100
Ticket sulle prestazioni coperte	Rimborso al 100%

Se non diversamente indicato i Massimali si intendono prestati per Nucleo familiare e per Anno Assicurativo.

Opzione - Completa 250	
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza interv., Intervento Amb. Massimale Assistenza Diretta Assistenza Indiretta - a rimborso PRE/POST Submassimali Parto Fisiologico Parto Cesareo / Aborto terapeutico Chirurgia refrattiva Limite rette di degenza (solo fuori rete)	 € 250.000 Rimborso al 100% Scoperto 20% minimo € 1.000 90 giorni / 90 giorni € 4.000 (no Scoperti/Franchigie) € 5.000 (no Scoperti/Franchigie) €1.500 per occhio (no Scoperti/Franchigie) € 400
Accompagnatore	€ 80 giorno - massimo 50 giorni (no Scoperti/Franchigie)
Trasporto dell'Assicurato	€ 2.500 (no Scoperti/Franchigie)
Rimpatrio della salma	€ 2.500 (no Scoperti/Franchigie)
Indennità Sostitutiva PRE/POST Indennità Sostitutiva	€ 150 giorno - massimo 50 giorni; Day Hospital 50% 90 giorni / 90 giorni (rimborso al 100%)
Ticket sulle prestazioni coperte	Rimborso al 100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica Massimale Condizioni	 € 5.000 Scoperto 20%
Visite specialistiche / Accertamenti/ Analisi di laboratorio Massimale Condizioni - Assistenza infermieristica domiciliare	 € 2.000 Scoperto 20% minimo € 50 € 40 giorno, massimo € 600
Tratt. fisioterapici ed riabilitativi (da infortunio) Massimale Condizioni	- € 2.000
Cure Oncologiche in regime extrospedaliero	

Massimale	€ 10.000
Condizioni	Rimborso al 100%
Cure dentarie da infortunio	
Massimale	€ 5.000
Condizioni	
Cure dentarie da Malattia (esclusa cure ortodontiche)	
Massimale	€ 1.000
Condizioni	Scoperto 20%, minimo € 100
Ticket sulle prestazioni coperte	Rimborso al 100%

Se non diversamente indicato i Massimali si intendono prestati per Nucleo familiare e per Anno Assicurativo.

Opzione - Integrativa Quadri	
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza interv., Intervento Amb. Massimale Assistenza Diretta Assistenza Indiretta - a rimborso	 € 250.000 Rimborso al 100% Scoperto 20% minimo € 1.000
PRE/POST	90 giorni / 90 giorni
Submassimali	
Parto Fisiologico	€ 4.000 (no Scoperti/Franchigie)
Parto Cesareo / Aborto terapeutico	€ 5.000 (no Scoperti/Franchigie)
Chirurgia refrattiva	€1.500 per occhio (no Scoperti/Franchigie)
Limite rette di degenza (solo fuori rete)	€ 400
Accompagnatore	€ 80 giorno - massimo 50 giorni (no Scoperti/Franchigie)
Trasporto dell'Assicurato	€ 2.500 (no Scoperti/Franchigie)
Rimpatrio della salma	€ 2.500 (no Scoperti/Franchigie)
Indennità Sostitutiva	€ 150 giorno - massimo 50 giorni; Day Hospital 50%
PRE/POST Indennità Sostitutiva	90 giorni / 90 giorni (rimborso al 100%)
Ticket sulle prestazioni coperte	Rimborso al 100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica	
Massimale	€ 5.000
Condizioni	Scoperto 20%
Visite specialistiche / Accertamenti/ Analisi di laboratorio	

Massimale	€ 2.000
Condizioni	Scoperto 20% minimo € 50
- Assistenza infermieristica domiciliare	€ 40 giorno, massimo € 600
Tratt. fisioterapici ed riabilitativi (da infortunio)	-
Massimale	€ 2.000
Condizioni	
Cure Oncologiche in regime extrospedaliero	
Massimale	€ 10.000
Condizioni	Rimborso al 100%
Cure dentarie da infortunio	
Massimale	€ 5.000
Condizioni	
Cure dentarie da Malattia (esclusa cure ortodontiche)	
Massimale	€ 1.000
Condizioni	Scoperto 20%, minimo € 100
Ticket sulle prestazioni coperte	Rimborso al 100%

Se non diversamente indicato i Massimali si intendono prestati per Nucleo familiare e per Anno Assicurativo.

Coperture integrative Quadri

Per la modalità di gestione dei rimborsi per le opzioni in forma integrativa vedere quanto normato nell'Art. 24 - "Assicurazione in forma integrativa".

Opzione - Integrativa Dirigenti	
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza interv., Intervento Amb.	
Massimale	€ 300.000 in strutture convenzionate in forma diretta: aumentato a € 500.000
Condizioni	da integrativa
PRE/POST	90 giorni / 90 giorni da integrativa
Submassimali	
Parto Fisiologico	€ 4.000
Parto Cesareo / Aborto terapeutico	€ 6.000
Chirurgia refrattiva	€ 1.500 per occhio
Rette di degenza	Nessun sottolimite
Accompagnatore	€ 80 giorno - massimo 50 giorni
Trasporto dell'assicurato	€ 3.000

Rimpatrio della salma	€ 3.000
Indennità Sostitutiva	€ 150 giorno - massimo 50 giorni;Day Hospital 50%
PRE/POST Indennità Sostitutiva	90 giorni / 90 giorni da integrativa
Ticket sulle prestazioni coperte	Rimborso al 100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica	
Massimale	€ 6.000
Condizioni	da integrativa
Visite specialistiche / Accertamenti/Analisi di laboratorio	
Massimale	€ 2.000
Condizioni	da integrativa
- Assistenza infermieristica domiciliare (submassimale)	€ 50 giorno - massimo € 1.000
- fisioterapia - agopuntura - logopedia	nell'ambito del massimale € 2.000 sopra indicato
Cure Oncologiche in regime extrospedaliero	
Massimale	€ 10.000
Condizioni	Rimborso al 100%
Cure dentarie da infortunio	
Massimale	€ 5.000
Condizioni	da integrativa
Cure dentarie da malattia (comprese le cure ortodontiche)	
Massimale	€ 1.250
Condizioni	da integrativa
Ticket sulle prestazioni coperte	Rimborso al 100%

Se non diversamente indicato i Massimali si intendono prestati per Nucleo familiare e per Anno Assicurativo.

Coperture integrative Dirigenti

Per la modalità di gestione dei rimborso per le opzioni in forma integrativa vedere quanto normato nell'Art. 24 - "Assicurazione in forma integrativa".

Opzione – Basic Amministratori	
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento **Day Hospital con/senza interv., Intervento Amb.**	
Massimale	€ 300.000 presso strutture convenzionate in diretta: aumentato a € 500.000
Assistenza Diretta	rimborso al 100%
Assistenza Indiretta - a rimborso	Scoperto 20% - minimo € 1.000 in caso d'intervento ambulatoriale Franchigia di € 250
PRE/POST	90 giorni / 90 giorni
Submassimali	-
	-
Parto Fisiologico	€ 5.000 (no Scoperti/Franchigie)
Parto Cesareo / Aborto terapeutico	€ 10.000 (no Scoperti/Franchigie)
Chirurgia refrattiva	€1.500 per occhio (no Scoperti/Franchigie)
Rette di degenza	Nessun sottolimite
Accompagnatore	€ 80 al giorno fino ad un massimo di 50 giorni
Trasporto dell'assicurato	€ 4.000 (no Scoperti/Franchigie)
Rimpatrio della salma	€ 4.000 (no Scoperti/Franchigie)
Indennità Sostitutiva	€ 150 al giorno fino ad un massimo di 50 giorni
PRE/POST Indennità Sostitutiva	120 giorni / 120 giorni
Ticket sulle prestazioni coperte	rimborso al 100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica	
Massimale	€ 7.000
Condizioni	Scoperto 20%
Visite Specialistiche, Accertamenti, Analisi di laboratorio	
Massimale	
Condizioni	
Submassimali	
- Assistenza Infermieristica Domiciliare	
- Trattamenti fisioterapici o riabilitativi (da malattia e infortunio)	
- Cure Termali	
- Medicinali (non rimborsati dal SSN)	
- Psicoterapia solo a seguito d'infortunio	
- Cure omeopatiche	
Cure Oncologiche in regime extrospedaliero	

Massimale	€ 10.000
Condizioni	rimborso al 100%
Cure Dentarie da Infortunio	
Massimale	€ 5.000
Condizioni	rimborso al 100%
Lenti (esclusa montatura)	
Massimale	
Condizioni	
Cure dentarie da malattia (comprese le cure ortodontiche)	
Massimale	
Condizioni	
Protesi (acquisto e noleggio) come previsti nel nomenclatore tariffario del SSN (DM 27.8.99 n°332)	
Massimale	
Condizioni	
Ticket sulle prestazioni coperte	Rimborso al 100%

Se non diversamente indicato i Massimali si intendono prestati per Nucleo familiare e per Anno Assicurativo.

Opzione – Medium Amministratori	
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento **Day Hospital con/senza interv., Intervento Amb.**	
Massimale	€ 300.000 presso strutture convenzionate in diretta: aumentato a € 500.000
Assistenza Diretta	rimborso al 100%
Assistenza Indiretta - a rimborso	Scoperto 20% - minimo € 1.000 in caso d'intervento ambulatoriale Franchigia di € 250
PRE/POST	90 giorni / 90 giorni
Submassimali	-
	-
Parto Fisiologico	€ 5.000 (no Scoperti/Franchigie)
Parto Cesareo / Aborto terapeutico	€ 10.000 (no Scoperti/Franchigie)
Chirurgia refrattiva	€1.500 per occhio (no Scoperti/Franchigie)
Rette di degenza	Nessun sottolimite
Accompagnatore	€ 80 al giorno fino ad un massimo di 50 giorni
Trasporto dell'assicurato	€ 4.000 (no Scoperti/Franchigie)

Rimpatrio della salma	€ 4.000 (no Scoperti/Franchigie)
Indennità Sostitutiva	€ 150 al giorno fino ad un massimo di 50 giorni
PRE/POST Indennità Sostitutiva	120 giorni / 120 giorni
Ticket sulle prestazioni coperte	rimborso al 100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE **Alta Diagnostica**	
Alta Diagnostica	
Massimale	€ 8.000
Condizioni	Scoperto 20%
Visite Specialistiche, Accertamenti, Analisi di laboratorio	
Massimale	€ 2.500
Condizioni	Scoperto 20% - minimo € 50
Submassimali	
- Assistenza Infermieristica Domiciliare	€ 50 al giorno fino ad un massimo di € 1.500 (no Scoperti/Franchigie)
- Trattamenti fisioterapici o riabilitativi (da malattia e infortunio)	€ 2.000
- Cure Termali	€ 60 al giorno fino ad un massimo di 20 giorni all'anno e per persona (no Scoperti/Franchigie)
- Medicinali (non rimborsati dal SSN)	€ 1.000
- Psicoterapia solo a seguito d'infortunio	Scoperto 20% - minimo € 50 per un massimo di € 80 a seduta/visita - fino ad un submassimale di € 1.600
- Cure omeopatiche	€ 500
Cure Oncologiche in regime extrospedaliero	
Massimale	€ 10.000
Condizioni	rimborso al 100%
Cure Dentarie da Infortunio	
Massimale	€ 5.000
Condizioni	rimborso al 100%
Lenti (esclusa montatura)	
Massimale	
Condizioni	
Cure dentarie da malattia (comprese le cure ortodontiche)	
Massimale	
Condizioni	

Protesi (acquisto e noleggio) come previsti nel nomenclatore tariffario del SSN (DM 27.8.99 n°332)	
Massimale	€ 3.000
Condizioni	rimborso al 100%
Ticket sulle prestazioni coperte	rimborso al 100%

Se non diversamente indicato i Massimali si intendono prestati per Nucleo familiare e per Anno Assicurativo.

Opzione – Full Amministratori	
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con/senza intervento **Day Hospital con/senza interv., Intervento Amb.**	
Massimale	€ 300.000 presso strutture convenzionate in assistenza diretta: aumentato a € 500.000
Assistenza Diretta	rimborso al 100%
Assistenza Indiretta - a rimborso	Scoperto 20% - minimo € 1.000 in caso d'intervento ambulatoriale Franchigia di € 250
PRE/POST	90 giorni / 90 giorni
Submassimali	-
	-
Parto Fisiologico	€ 5.000 (no Scoperti/Franchigie)
Parto Cesareo / Aborto terapeutico	€ 10.000 (no Scoperti/Franchigie)
Chirurgia refrattiva	€1.500 per occhio (no Scoperti/Franchigie)
Rette di degenza	Nessun sottolimite
Accompagnatore	€ 80 al giorno fino ad un massimo di 50 giorni
Trasporto dell'assicurato	€ 4.000 (no Scoperti/Franchigie)
Rimpatrio della salma	€ 4.000 (no Scoperti/Franchigie)
Indennità Sostitutiva	€ 150 al giorno fino ad un massimo di 50 giorni
PRE/POST Indennità Sostitutiva	120 giorni / 120 giorni
Ticket sulle prestazioni coperte	rimborso al 100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE **Alta Diagnostica**	
Alta Diagnostica	
Massimale	€ 8.000
Condizioni	Scoperto 20%
Visite Specialistiche, Accertamenti, Analisi di laboratorio	

Massimale	€ 2.500
Condizioni	Scoperto 20% - minimo € 50
Submassimali	
- Assistenza Infermieristica Domiciliare	€ 50 al giorno fino ad un massimo di € 1.500 (no Scoperti/Franchigie)
- Trattamenti fisioterapici o riabilitativi (da malattia e infortunio)	€ 2.000
- Cure Termali	€ 60 al giorno fino ad un massimo di 20 giorni all'anno e per persona (no Scoperti/Franchigie)
- Medicinali (non rimborsati dal SSN)	€ 1.000
- Psicoterapia solo a seguito d'infortunio	Scoperto 20% - minimo € 50 per un massimo di € 80 a seduta/visita - fino ad un submassimale di € 1.600
- Cure omeopatiche	€ 500
Cure Oncologiche in regime extrospedaliero	
Massimale	€ 10.000
Condizioni	rimborso al 100%
Cure Dentarie da Infortunio	
Massimale	€ 5.000
Condizioni	rimborso al 100%
Lenti (esclusa montatura)	
Massimale	€ 200 a persona
Condizioni	Franchigia di € 50
Cure dentarie da malattia (comprese le cure ortodontiche)	
Massimale	€ 1.250
Condizioni	Scoperto 20% - minimo € 100
Protesi (acquisto e noleggio) come previsti nel nomenclatore tariffario del SSN (DM 27.8.99 n°332)	
Massimale	€ 3.000
Condizioni	rimborso al 100%
Ticket sulle prestazioni coperte	rimborso al 100%

Se non diversamente indicato i Massimali si intendono prestati per Nucleo familiare e per Anno Assicurativo.

CONDIZIONI GENERALI CHE REGOLANO I SINISTRI

Art. 26 Oneri in caso di Sinistro

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto a MyAssistance che gestisce per conto della Società i Sinistri, quando ne ha la possibilità e, comunque, non oltre il 30° (trentesimo) giorno dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'Art. 1913 del Codice Civile.
L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.
L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso di Istituti di Cura e di medici convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato dalla Struttura Operativa di MyAssistance, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.
L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni Documentazione medica richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.
Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la Documentazione medica e fiscale del Sinistro in fotocopia, la Società si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture fiscali che di quella medica.

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione si prescrizione in 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Art. 27 Modalità di Attivazione della Copertura Assicurativa

Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri la Società si avvale della Struttura Operativa di **MyAssistance** che risponde ai seguenti numeri telefonici:

dall'Italia o dall'estero, da rete fissa o da cellulare: +39 - 02 - 303500343

MyAssistance è a disposizione degli Assicurati:

in orario di ufficio, dalle ore 8:30 alle ore 18 dei giorni feriali, per informazioni relative al proprio piano sanitario, garantendo, se necessario, le informazioni utili per la scelta della Struttura Sanitarie e dei Medici convenzionati più idonei per ogni necessità.

per urgenze fuori dall' orario di ufficio e nei giorni festivi è disponibile il servizio:
dall'Italia o dall'estero, da rete fissa o da cellulare: +39 – 02 – 303500118

L'Assicurato nel contattare MyAssistance presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

Art. 28 Assistenza diretta

L'Assistenza diretta avviene a condizioni che l'Assicurato si avvalga di uno o più dei Professionisti o Istituti di Cura facenti parte del Network Sanitario Convenzionato con MyAssistance e abbia richiesto preventivamente a quest'ultima l'autorizzazione al servizio di Assistenza diretta, in mancanza della quale il servizio non è operante.

Consultare la scheda sottoesposta " Guida alle prestazioni in Assistenza Diretta" per le modalità di attivazione dell'Assistenza diretta.

MyAssistance, ricevute le informazioni necessarie alla valutazione del Sinistro ed esclusivamente se dell'esame della Documentazione medica pervenuta il Sinistro risulterà indennizzabile a termini di Polizza e in presenza di regolarità amministrativa, informerà l'Assicurato e inoltrerà alla Struttura Sanitaria la conferma di autorizzazione ad usufruire delle prestazioni in Assistenza diretta esclusivamente entro i limiti e per le prestazioni indicati nel "Modulo di Autorizzazione" che l'Assicurato sarà tenuto a sottoscrivere al momento della accettazione in struttura.

Ai fini dell'autorizzazione all'Assistenza diretta, la Società, per il tramite di MyAssistance, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore Documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario.

Qualora non sussistessero i presupposti per autorizzare l'Assistenza diretta sulla base della sola Documentazione medica inoltrata, MyAssistance non procederà all'autorizzazione preventiva della diretta, ma si riserverà di valutare il Sinistro a rimborso come riportato al successivo Art. 29 "Assistenza indiretta – a rimborso".
Restano a carico dell'Assicurato eventuali Scoperti / Franchigie, l'eccedenza dei limiti di Indennizzo e dei Massimali previsti dall'Opzione Assicurativa prescelta.
L'Assicurato dovrà saldare alla Struttura Sanitaria le prestazioni e le spese non rientranti fra quelle oggetto della convenzione stipulata da MyAssistance con le Strutture Sanitarie e medici convenzionati. Le prestazioni non indicate o non pertinenti alla diagnosi dichiarata nel certificato medico/prescrizione medica così come tutte le prestazioni sanitarie non espressamente autorizzate nel "Modulo di Autorizzazione presa in carico".
Resta inteso che tali prestazioni, solo se previste dall'Opzione Assicurativa prescelta e ritenute rimborsabili a termini di Polizza, saranno rimborsate nelle modalità previste all'Art. 29 "Assistenza indiretta – a rimborso".

Il pagamento che la Società avrà effettuato alle Strutture Sanitarie o a Medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato), solleverà la Società stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

	GUIDA ALLE PRESTAZIONI IN ASSISTENZA DIRETTA
Fase 1	Il medico **rilascia** un **c**ertificato medico / prescrizione medica con indicata la prestazione da effettuare
Fase 2	L'Assicurato **prenota** la prestazione presso la Struttura Sanitaria convenzionata con MyAssistance. L'elenco delle strutture è disponibile nel sito www.myassistance.it o nell'Area riservata del sito https://app.myassistance.eu, dove l'Assicurato vi accede con le proprie credenziali. L'Assicurato **contatta** la Struttura Operativa con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi, salvo i casi di comprovata urgenza documentata, per ricevere l'autorizzazione ad effettuare le prestazioni in Assistenza diretta, **inviando** il certificato medico / prescrizione medica tramite area web riservata, app mobile oppure all'indirizzo e-mail dedicato: **Sinistri.bene@myassistance.it**

	completo delle seguenti informazioni: - nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione; - patologia accertata o presunta; - data d'insorgenza della patologia o dei disturbi che rendono necessarie le prestazioni; - tipo di prestazione da eseguire (es.: vista ortopedica, ecografia addome completo etc.) in caso di prestazioni extraospedaliere; - regime in cui verrà eseguita la prestazione (es. Ricovero, Day Hospital, Intervento chirurgico ambulatoriale): ▪ se con Intervento chirurgico: dovrà essere riportato l'intervento chirurgico da eseguire oppure; ▪ se senza Intervento chirurgico, dovrà essere riportato l'iter diagnostico e terapeutico; ▪ per i soli interventi chirurgici ambulatoriali di asportazione, dovrà essere specificato il tipo di lesione, la sede e le dimensioni; - referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'infortunio, in caso di prestazione resa necessaria da infortunio.
Fase 3	La Struttura Operativa al ricevimento della documentazione sopra elencata: - **verifica** la documentazione ricevuta **riservandosi** di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario, ai fini dell'autorizzazione all'Assistenza diretta; - **comunica** all'Assicurato l'accettazione all'Assistenza diretta informandolo di eventuali quote a suo carico o il rifiuto all'Assistenza diretta; - in caso di accettazione, **invia** alla Struttura Sanitaria l'autorizzazione specificando eventuali quote a carico dell'Assicurato.
Fase 4	L'Assicurato si **reca** presso la Struttura Sanitaria scelta per eseguire la prestazione.
Fase 5	La Struttura Operativa **riceve** da parte delle Struttura Sanitaria le fatture e la documentazione medica.
Fase 6	La Struttura Operativa **effettua** controlli di natura amministrativa e medica, se le prestazioni erogate sono congrue con quanto autorizzato la Struttura Operativa salderà direttamente alla Struttura Sanitaria le spese al netto di eventuali quote rimaste a carico dell'Assicurato ed entro i limiti e i Massimali previsti in Polizza.

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di autorizzazione all'Assistenza diretta qualora si dovesse accertare successivamente la non validità della Polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assicurato, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'Istituto di Cura, se già saldate dalla Società alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, la Società si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Responsabilità

L'Assicurato riconosce espressamente che la Società e MyAssistance non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dal Network Sanitario Convenzionato.

Pertanto l'Assicurato prende atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovrà rivolgersi esclusivamente alle strutture sanitarie (Istituti di Cura, Centri diagnostici, Centri e Studi odontoiatrici etc.) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

Art. 29 Assistenza indiretta – a rimborso

La Società rimborsa all'Assicurato, a cura ultimata, con l'invio in fotocopia (per posta o in formato digitale tramite l'accesso alla propria area riservata) delle fatture o notule di spesa valide ai fini fiscali debitamente quietanzate e allegando la Documentazione medica elencate nella scheda sottoesposta "Guida alle prestazioni in Assistenza indiretta – a rimborso", nella medesima scheda sono descritte le modalità di attivazione dell'Assistenza indiretta.

Ai fini della valutazione del rimborso, la Società, per il tramite di MyAssistance, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore Documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario, così come richiedere la produzione degli originali di tutta la documentazione inviata.
La documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario delle prestazioni e il rimborso avviene a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Il rimborso viene sempre effettuato a cura ultimata in euro.
Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale Europea (BCE).

Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere effettuate da Medico specialista o da personale specializzato, corredate dalla relativa diagnosi (patologia accertata o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da Studio Medico o da Medico specialista, ad eccezione di quelle:

- infermieristiche che devono essere effettuate da personale in possesso di specifico diploma;
- psicoterapiche trattate da medico o da psicologo abilitato alla professione; e
- fisioterapiche/riabilitative che possono essere fatturate da Professionista in possesso di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia.

La fattura emessa da Studio Medico o Medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del Professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi certificata.
La patologia accertata o presunta, se certificata nel documento di spesa fiscale (fattura o notula di spesa quietanzata) non è ritenuta valida ai fini del rimborso.
Sono oltresì escluse dal rimborso le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, nonché le certificazioni mediche per rilascio patente, idoneità pratiche sportive, visite medico legali e ogni altra prestazione non pertinente la cura di Malattie o infortunio indennizzabili a termini di Polizza

Restituzione delle somme indebitamente pagate

La Società in caso di pagamenti in Assistenza indiretta - a rimborso all'Assicurato, che successivamente dovessero risultare non dovuti ai sensi di legge o di Polizza, si riserva il diritto di rivalersi nei confronti dell'Assicurato. L'Assicurato dovrà restituire alla Società, secondo le modalità che le stessa comunicherà quando non dovuto ai sensi di Polizza.

	GUIDA ALLE PRESTAZIONI IN ASSISTENZA INDIRETA – A RIMBORSO
Fase 1	L'Assicurato **prenota** la prestazione.
Fase 2	L'Assicurato **effettua** la prestazione e **salda** in toto le spese per le prestazioni eseguite.
Fase 3	L'Assicurato **invia** alla Struttura Operativa la seguente documentazione giustificativa: - modulo di denuncia Sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte, in caso di richiesta inviata in forma cartacea; - copia delle fatture o notule di spesa valide ai fini fiscali e quietanzate; - cartella clinica completa con scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital; - dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento chirurgico ambulatoriale. Per i soli interventi chirurgici ambulatoriali di asportazione dovrà essere specificato il tipo di lesione, la sede e le dimensioni, allegando eventuale esame istologico; - certificato medico / prescrizione medica attestante: • tipo di prestazione (es.: vista ortopedica, ecografia addome completo etc.) in caso di prestazioni extraospedaliere; • la patologia accertato o presenta, data d'insorgenza della stessa o dei disturbi che rendono necessarie le prestazioni, in caso di prestazioni ospedaliere che extraospedaliere; - in caso di prestazione resa necessaria da infortunio, referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'infortunio; nelle modalità di seguito indicate: • in forma cartacea al seguente indirizzo: **MyAssistance** **Via delle Tuberose, 14** **20146 Milano (MI)** • informaticamente tramite accesso ad un'apposita area sul sito internet https://app.myassistance.eu, inserendo le proprie credenziali e caricando la documentazione indicata al paragrafo precedente; • informaticamente tramite accesso ad un'apposita applicazione mobile di MyAssistance, inserendo le proprie credenziali e caricando la documentazione indicata al paragrafo precedente.

Fase 4	La Struttura Operativa: - **effettua** controlli di natura amministrativa e medica; - si **riserva** la facoltà di richiedere ulteriore Documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario, ai fini della valutazione del rimborso; - **provvede** alla liquidazione della richiesta di rimborso, eccetto eventuali quote a carico dell'Assicurato ed entro i limiti e i Massimali previsti in Polizza.

Allegato 1 - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CHIRURGIA DELL' ESOFAGO

Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale
Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale
Esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toraco-laparotomica o toraco-laparo-cervicotomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia
Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica
Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia
Esofagectomia per via toracoscopica
Interventi per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago
Miotomia esofago-cardiale extramucosa e plastica antireflusso per via tradizionale
Enucleazione di leiomiomi dell'esofago toracico per via tradizionale o toracoscopica

CHIRURGIA DELLO STOMACO - DUODENO - INTESTINO TENUE

Gastrectomia totale con linfoadenectomia
Gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias
Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias

CHIRURGIA DEL COLON

Emicolectomia destra e linfadenectomia
Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia
Resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia tradizionale
Resezione rettocolica con anastomosi colo-anale per via tradizionale
Proctocolectomia con anastomosi ileo-anale e reservoir ileale per via tradizionale
Amputazione del retto per via addomino-perineale

CHIRURGIA DEL FEGATO E VIE BILIARI

Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare principale
Chirurgia dell'ipertensione portale:

a) interventi di derivazione
   - anastomosi porto-cava
   - anastomosi spleno-renale
   - anastomosi mesenterico-cava

b) interventi di devascolarizzazione
   - legatura delle varici per via toracica e/o addominale
   - transezione esofagea per via toracica
   - transezione esofagea per via addominale
   - deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee
   - transezione esofagea con devascolarizzazione paraesofago-gastrica

CHIRURGIA DEL PANCREAS

Duodenocefalo-pancreatectomia con o senza linfadenectomia
Pancreatectomia totale con o senza linfadenectomia
Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

CHIRURGIA DEL COLLO

Tiroidectomia totale per neoplasie maligne senza o con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale
Resezioni e plastiche tracheali
Faringo-laringo-esofagectomia totale con faringoplastica per carcinoma dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale

CHIRURGIA DEL TORACE

Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino
Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie
Pleurectomie e pleuropneumonectomie
Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica
Resezioni bronchiali con reimpianto
Toracoplastica: I e II tempo

CARDIOCHIRURGIA

By-pass aorto-coronarico
Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni grossi vasi non escluse dalla garanzia
Commissurotomia per stenosi mitralica
Interventi per corpi estranei o tumori cardiaci
Pericardiectomía totale
Resezione cardiaca
Sostituzione valvolare con protesi
Sutura del cuore per ferite
Valvuloplastica
Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi
Operazione per embolia dell'arteria polmonare

CHIRURGIA VASCOLARE

Interventi sull'aorta toracica e/o addominale
Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali)
Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta
Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo
Interventi sulla vena cava superiore o inferiore
Trombectomia venosa iliaco-femorale (monolaterale)

NEUROCHIRURGIA

Craniotomia per malformazioni vascolari non escluse dalla garanzia
Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo
Craniotomia per ematoma intracerebrale da rottura di malformazione vascolare non esclusa dalla garanzia
Trattamento endovascolare di malformazioni aneurismatiche o artero venose non escluse dalla garanzia
Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali
Craniotomia per neoplasie endoventricolari
Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria
Biopsia cerebrale per via stereotassica
Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
Derivazione ventricolare interna ed esterna
Craniotomia per ascesso cerebrale
Intervento per epilessia focale
Cranioplastiche ricostruttive
Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali

CHIRURGIA UROLOGICA

Nefrectomia allargata
Nefroureterectomia
Derivazione urinaria con interposizione intestinale
Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica
Enterocistoplastica di allargamento
Orchiectomia con linfoadenectomia pelvica e/o lombo aortica

Resezione uretrale e uretrorrafia
Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale

CHIRURGIA GINECOLOGICA

Vulvectomia allargata con linfadenectomia
Creazione di vagina artificiale post chirurgia neoplastica
lsterectomia radicale per via addominale con linfadenectomia

CHIRURGIA OCULISTICA

Trapianto corneale a tutto spessore
Cerchiaggio per distacco di retina
Intervento per neoplasia del globo oculare

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA

Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento
Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare
Svuotamento funzionale o demolitivo del collo
Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico
Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico.
Exeresi di paraganglioma timpano-giugulare
Petrosectomia
Laringectomia sopraglottica o subtotale
Laringectomia e faringolaringectomia totale
Resezioni del massiccio facciale per neoformazioni maligne

CHIRURGIA ORTOPEDICA

Artrodesi vertebrale per via anteriore
Artroprotesi totale di ginocchio
Artroprotesi di spalla
Artroprotesi di anca parziale e totale
Disarticolazione interscapolo toracica
Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino
Emipelvectomia
Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi
Trattamento cruento dei tumori ossei

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Condilectomia monolaterale e bilaterale con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare
Resezione del mascellare superiore per neoplasia
Resezione della mandibola per neoplasia

CHIRURGIA PEDIATRICA

Cranio bifido con meningocefalocele.
Idrocefalo ipersecretivo.
Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).
Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogenea e nervosa (simpatoblastoma).
Atresia congenita dell'esofago.
Fistola congenita dell'esofago.
Torace ad imbuto e torace carenato.
Ernia diaframmatica.
Stenosi congenita del piloro.
Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare:

- abbassamento addomino perineale.
Megauretere:
a) resezione con reimpianto
b) resezione con sostituzione di ansa intestinale.
Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
Nefrectomia per tumore di Wilms.
Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

Si considerano "'Interventi di alta chirurgia" anche:
il trapianto di organi

Allegato 2 – PROFESSIONI PERICOLOSE

Addestratori di animali (ad eccezione di addestratori di animali domestici)

Appartenenti alle Forze Armate (ad eccezione di pers. amm. e addetto all'addestramento)

Artisti circo

Pescatori di mestiere

Lavavetri di mestiere

Addetti a demolizioni

Lavoratori zona di carico, cargo

Addetti nell'ambito sostanze esplosive

Maniscalchi

Pompieri

Braccianti, manovali, addetti a lavori manuali pesanti

Fantini

Taglialegna, boscaioli, tagliaboschi

Autisti a lunga percorrenza

Addetti su piattaforme di trivellazioni (olio, gas)

Allevatori di animali

Sportivi professionisti

Costruttori/riparatori di tetti, lattonieri

Addetti ad operazioni di salvataggio (montagna, mare, spiaggia etc.)

Lavoratori segheria

Lavoratori ponteggi, impalcature

Addetti a sicurezza privata, guardie giurate (ad eccezione di personale amministrativo)

Deviatori, scambisti (personale addetto agli scambi di binari ferroviari)

Lavoratori di mattatoio

Stuntman, cascatori

Lavoratori scava gallerie

Lavoratori sotterranei e subacquei

Corrispondenti, inviati di guerra (giornalismo)

Lavoratori ambito sostanze rischiose

Elettricisti che lavorano a contatto con correnti a bassa ed alta tensione

Polizia penitenziaria

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINI CONTRATTUALI

Gentile Cliente,

per fornirLe i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano. Tali dati potranno essere forniti direttamente da Lei (per esempio, attraverso il sito www.bene.it "Sito") oppure attraverso altri soggetti. Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice della Privacy"), Le forniamo, pertanto, l'informativa sul trattamento dei Suoi dati personali, di seguito riportata.

1. Titolare del trattamento

I dati personali a Lei riferibili saranno da trattati da Bene Assicurazioni S.p.A., di seguito "Bene Assicurazioni" o "Titolare" con sede legale in Via dei Valtorta, 48 – 20127 Milano, Italia. Bene Assicurazioni S.p.A., è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n.0237415 del 21/12/2016, è iscritta all'Albo delle Imprese di assicurazione IVASS al numero 1.00180 ed è una società soggetta alla direzione e coordinamento di Bene Holding S.p.A, appartenente al gruppo assicurativo Bene con numero di iscrizione Albo Gruppi Assicurativi n. 054. Eventuali richieste potranno essere inviate a Bene Assicurazioni SpA – Servizio Clienti, via email all'indirizzo clienti@bene.it oppure telefonicamente al numero verde 800 327605.

2. Finalità del trattamento dei dati e natura dei dati trattati

Finalità - I dati personali che La riguardano, saranno trattati per le seguenti finalità:

(a) l'invio di informazioni e di preventivi sui servizi assicurativi di Bene Assicurazioni in risposta a richieste direttamente formulate (attraverso il Sito ovvero attraverso un intermediario di Bene Assicurazioni e/o l'eventuale conclusione del contratto di assicurazione e conseguente gestione ed esecuzione del contratto stesso;

(b) adempimenti di obblighi di legge e/o regolamentari (come, ad esempio, la valutazione di adeguatezza del contratto) e/o disposizioni di organi pubblici e pubbliche autorità (es. IVASS);

Natura: i dati personali oggetto di trattamento sono dati comuni, quali nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico e indirizzo di posta elettronica.

Ai fini della presentazione e offerta del contratto di assicurazione e/o della conclusione dello stesso non è prevista l'acquisizione di dati idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato da parte di Bene Assicurazioni. I dati in questione potrebbero eventualmente essere acquisiti e trattati solo in occasione della denuncia di un sinistro. In tale ipotesi, il trattamento sarà effettuato nel rispetto della normativa vigente e, in particolare, dell'art. 26 del Codice Privacy e delle autorizzazioni generali del Garante.

3. Conferimento dei dati e conseguenze in caso di mancato assenso al trattamento

Il conferimento dei dati personali per le finalità descritte ai punti (a) a (b) dell'art. 2 che precede non richiede alcun consenso da parte dell'interessato in quanto funzionale a rispondere a una richiesta dello stesso ovvero alla conclusione e gestione del contratto di assicurazione. Pertanto, il mancato conferimento di tali dati comporterà l'impossibilità per Bene Assicurazioni di fornirLe riscontri a richieste di informazioni, preventivi o di concludere e/o eseguire, in tutto o in parte, il contratto.

4. Modalità del trattamento dei dati personali

Il trattamento e`effettuato con l'ausilio di strumenti manuali, informatici, elettronici o comunque automatizzati, direttamente dal Titolare o da soggetti terzi (in qualità di titolari autonomi, facenti parte della c.d. catena assicurativa ovvero da soggetti preposti al trattamento dal Titolare, si veda punto 5). I dati sono trattati per il tempo necessario a conseguire le finalità sopra indicate e nei termini previsti dalla legge o dai provvedimenti del Garante. I dati sono trattati utilizzando idonee misure di sicurezza ai sensi dell'art. 31 del Codice della Privacy, in modo da ridurne al minimo i rischi di distruzione o perdita, di accesso non autorizzato o di trattamento non conforme alle finalità della raccolta.

5. Ambito di comunicazione dei dati personali

Per le finalità descritte al punto 2, Bene Assicurazioni potrà comunicare i Suoi dati a società o soggetti, esterni rispetto all'organizzazione del Titolare, con i quali Bene Assicurazioni abbia concluso contratti di servizi. Tali soggetti agiscono in qualità di responsabili o incaricati del trattamento, ai sensi degli artt. 29 e 30 del Codice della Privacy.

In particolare i Suoi dati personali potranno essere comunicati:

- ad altri soggetti, che agiscono in qualità di titolari autonomi:
  - che appartengono alla c.d. "catena assicurativa", quali assicuratori, co-assicuratori, riassicuratori, officine di riparazione, periti, medici legali, a soggetti che gestiscono le transazioni di pagamento online;
  - che hanno accesso ai dati in forza di provvedimenti normativi o amministrativi (es. IVASS, pubbliche autorità), organismi associativi o consortili (ANIA);
  - banche e/o istituti di pagamento;
- a soggetti appartenenti alla rete distributiva o all'organizzazione del Titolare, quali società controllate o collegate a Bene Assicurazioni o dalla stessa incaricate, in Italia o all'estero, che agiscono in qualità di responsabili o incaricati; studi di consulenza legale, amministrativa e fiscale, qualora la comunicazione risulti necessaria o funzionale al corretto adempimento degli obblighi contrattuali assunti in relazione ai servizi prestati.

Per le finalità sopra descritte, i dati possono essere trasferiti anche al di fuori dell'Unione Europea in base a una decisione di adeguatezza della Commissione Europea ovvero mediante garanzie adeguate quali, le clausole tipo di protezione dei dati adottate dalla Commissione Europea ovvero le norme vincolanti di impresa ovvero in tutti i casi previsti dall'art. 44 del Codice Privacy ("altri trasferimenti consentiti").

Lei potrà comunque richiedere a Bene Assicurazioni un elenco aggiornato dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza, in qualità di responsabili o incaricati, contattando il Titolare ai recapiti indicati al punto 1 di questa informativa.

6. Diritti dell'interessato

L'art. 7 del Codice della Privacy Le riconosce alcuni specifici diritti, tra cui il diritto di (i) ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza o meno dei Suoi dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile, (ii) avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento, (iii) ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, qualora Lei ne abbia interesse, l'integrazione dei dati, (iv) opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

Potrà esercitare i diritti sopra elencati, in qualunque momento, rivolgendosi a Bene Assicurazioni ai recapiti indicati al punto 1 di questa informativa.

RIFERIMENTI UTILI
(Numeri e indirizzi per ogni esigenza)

AREA SELF CLIENTI

Per consultare la sua situazione assicurativa aggiornata acceda, direttamente dall'home page di **www.bene.it**, all'area clienti a lei riservata.

INTERMEDIARIO

Per ogni necessità di supporto per le coperture assicurative in essere o per valutare nuove soluzioni per le sue esigenze assicurative, si rivolga al suo intermediario di fiducia.
Trova tutti i riferimenti nel simplo di polizza.

ASSISTENZA CLIENTI

Numero verde	**800 615398** - (Dall'estero **+39 02 892973333**)
Orari	**Lun-Gio: dalle 10 alle 12 e dalle 15 alle 17**
	Ven: dalle 10 alle 12
Mail	**clienti@bene.it**

SERVIZIO RECLAMI

Mail	**reclami@bene.it**
Posta Ordinaria	**Bene Assicurazioni – Servizio Reclami Via dei Valtorta 48, 20127 Milano**

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 a: IVASS (Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni) Via del Quirinale, 21 00187 Roma - Tel.: 06 421331 - Fax: 06 42133 745 - 06 42133 3

Bene Assicurazioni S.p.A.
Sede legale e direzione generale
Via dei Valtorta, 48 - 20127 Milano (MI)

Tel +39 02 892 973
Fax +39 02 893 547 15
Email info@bene.it
Pec beneassicurazioni@legalmail.it

www.bene.it

Capitale sociale 11.000.000 euro i.v. Codice fiscale e partita IVA n. 09599100964

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con
provvedimento IVASS n. 0237415 del 21/12/2016
Numero iscrizione Albo imprese di assicurazione n. 1.00180

Società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento da parte di
Bene Holding S.p.A. appartenente al Gruppo assicurativo Bene

Numero iscrizione Albo gruppi assicurativi n. 054