

Condizioni di Assicurazione
POLIZZA BASE E CONDIZIONI GENERALI
CIG:9343781BFF

INDICE

Definizioni	Pag. 2
Condizioni generali di assicurazione	Pag. 5
Sezione A – Grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi	Pag. 14
Sezione B – Prestazioni extra ricovero	Pag. 17
Sezione C – Invalidità permanente da malattia	Pag. 21
Sezione D – Attività di supporto e assistenza - Obblighi della società	Pag. 22
Sezione E – Gestione sinistri	Pag. 27
Elenco grandi interventi chirurgici	Pag. 32
Elenco gravi eventi morbosi	Pag. 37

DEFINIZIONI DI POLIZZA

Accompagnatore

La persona che assiste l'assicurato permanendo all'interno dell'istituto di cura e sostenendo spese di carattere alberghiero (vitto e pernottamento).

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'Assicurazione che si intende riservata agli Associati iscritti, pre iscritti, Pensionati attivi della CNPADC e ai familiari ai quali gli stessi eventualmente dovessero estendere il piano sanitario base, nonché in caso di loro libera e volontaria adesione deve intendersi quale Assicurato anche: i pensionati non attivi della Cassa, superstiti di iscritto della Cassa titolari di pensione di reversibilità o indiretta e Dottori commercialisti esonerati dall'iscrizione alla Cassa (tenuti al versamento del solo contributo integrativo) e i familiari ai quali gli stessi eventualmente dovessero estendere il piano sanitario base. Limitatamente ai preiscritti si precisa che i soggetti che dovessero cancellarsi dalla Cassa in costanza di durata della polizza non avranno più diritto alla polizza base in caso di loro nuova pre iscrizione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione

Assistenza infermieristica

l'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma

Contraente

Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti (anche CNPADC o CASSA)

Day Hospital

Degenza in Istituto di Cura in esclusivo regime diurno.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Grande Intervento Chirurgico

Interventi chirurgici contenuti nell'elenco I allegato alla polizza.

Grande Evento Morboso

Eventi contenuti nell'elenco II allegato alla polizza.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente

constatabili.

Interventi chirurgici

Tutti gli interventi chirurgici che rientrano nell'elenco Grandi Interventi

Istituto di cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, sia convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale che privata, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, della case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malformazione, Difetto fisico

Alterazione organica congenita.

Massimale

La disponibilità unica ovvero la spesa massima pagabile per ciascun assicurato o per l'intero nucleo, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso/indennizzo nell'anno assicurativo.

Nucleo familiare

Il nucleo familiare è composto dal capo nucleo e dai suoi familiari conviventi come risultanti dallo stato di famiglia o da autocertificazione della condizione di famiglia di fatto, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, degli iscritti, pre iscritti, Pensionati attivi della CNPADC dei pensionati non attivi della Cassa ,superstiti di iscritto della Cassa titolari di pensione di reversibilità o indiretta e Dottori commercialisti esonerati dall'iscrizione alla Cassa (tenuti al versamento del solo contributo integrativo).

Quali familiari si intendono: il coniuge non legalmente separato convivente, o il convivente more uxorio e dall'unito civilmente, tale indipendentemente dal genere e i figli conviventi. Sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti e i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione o altro provvedimento dell'Autorità giudiziaria.

Sono inoltre equiparabili ai figli, ai fini della copertura assicurativa, anche i figli del coniuge o del convivente.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Ricovero ospedaliero

Degenza in Istituto di Cura, comportante almeno un pernottamento.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'Assicurazione.

Società

Poste Assicura Spa

Visita specialistica

La visita effettuata da medico fornito di specializzazione.

Si allegano:

Allegato I: *ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI*

Allegato II: *ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI*

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 — OGGETTO

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui per la copertura dei rischi indicati nella presente polizza ed opera senza soluzione di continuità con le precedenti polizze assicurative sottoscritte in convenzione dalla Cassa in favore delle persone assicurate come meglio definito al successivo art. 2 nonché per le eventuali estensioni/adesioni della garanzia assicurativa perfezionate, in favore/da parte degli ulteriori soggetti assicurabili. Per l'erogazione delle prestazioni la Società si obbliga a mettere a disposizione un servizio di accesso a tutta la sua rete di strutture sanitarie/centri convenzionati di elevato standard di servizio con almeno 3 strutture nel 95% dei capoluoghi di provincia nelle quali gli assicurati possano usufruire dei servizi assicurativi. Qualora la Società non possa fornire un servizio di accesso ad una rete convenzionata entro 30 km dalla residenza dell'assicurato, lo stesso usufruirà delle prestazioni in forma rimborsuale ma con l'applicazione delle franchigie e scoperti e limiti previsti per la forma diretta.

La gestione dei sinistri prevista alla Sezione. E - GESTIONE SINISTRI del presente Capitolato avverrà a cura della Società tramite un sistema di liquidazione centralizzato.

Art. 2 – PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è operante:

- per gli iscritti e i tirocinanti preiscritti alla Cassa;
- Per i pensionati attivi della Cassa;

e può essere estesa, dietro richiesta di ciascun iscritto, pensionato attivo e tirocinante pre iscritto e con costi a loro carico, al nucleo familiare come indicato nelle Definizioni di Polizza, nel capoverso Nucleo Familiare.

Tale estensione implica l'applicazione ai familiari delle condizioni contrattuali di cui al presente testo con unadeguamento del premio in base ai seguenti criteri:

- estensione a n. 1 familiare: il premio unitario lordo annuo è pari a euro 146,563;
- estensione a n. 2 familiari: il premio lordo annuo per ciascun familiare, iscritto escluso, è pari a euro 146,563;
- estensione a n. 3 o più familiari, il premio lordo annuo per l'intero nucleo familiare, iscritto escluso, è pari a euro 439,689

Gli iscritti alla Cassa, i pensionati attivi e i tirocinanti preiscritti della Cassa che non attivano l'estensione al nucleo familiare al piano base dalla decorrenza di detta polizza non potranno accedere negli anni successivi.

È data facoltà di aderire alla copertura Piano base e continuare ad usufruire, con il medesimo premio previsto per gli iscritti, preiscritti, Pensionati attivi della CNPADC entro il limite di 80 anni, con onere a proprio carico, entro il 28 febbraio di ogni anno per i seguenti soggetti:

- pensionati non attivi;
- superstiti di iscritto alla Cassa titolari di pensione di reversibilità o indiretta;
- Dottori commercialisti esonerati dall'iscrizione alla Cassa (tenuti al versamento del solo contributo integrativo).

La garanzia opera dalle ore 00:00 del 01/01/2023 per tutti gli Assicurati che aderiscano alla convenzione entro le ore 24 del 28/02/2023. Parimenti avverrà per le successive annualità assicurative. Le adesioni pervenute oltre il termine del 28 febbraio di ciascun anno, non saranno considerate valide e pertanto l'eventuale premio versato verrà restituito. La totalità dei componenti del nucleo familiare dei pensionati non attivi, superstiti di iscritto titolari di pensione di reversibilità o indiretta e Dottori commercialisti esonerati dall'iscrizione alla Cassa (tenuti al versamento del solo contributo integrativo), deve essere inserita nella polizza contestualmente all'iscritto; non è possibile effettuare l'inserimento in copertura dei suddetti familiari in data successiva a quella di effetto della garanzia per l'iscritto, ad eccezione dei seguenti casi: - costituzione/estensione del nucleo familiare a seguito di matrimonio o nuova convivenza more uxorio (certificati da Stato di famiglia) e nascita di un figlio convivente.

La copertura può essere estesa, dietro richiesta dei pensionati non attivi, superstiti di iscritto titolari di pensione di reversibilità o indiretta e Dottori commercialisti esonerati dall'iscrizione alla Cassa (tenuti al versamento del solo contributo integrativo) e con costi a suo carico, anche ai familiari come individuati nelle Definizioni di Polizza, nel capoverso Nucleo Familiare.

Tale estensione implica l'applicazione ai familiari delle condizioni contrattuali di cui al presente testo con unadeguamento del premio in base ai seguenti criteri:

- estensione a n. 1 familiare: il premio unitario lordo annuo è pari a euro 146,563;
- estensione a n. 2 familiari: il premio lordo annuo per ciascun familiare titolare di polizza escluso, è pari a euro 146,563;
- estensione a n. 3 o più familiari, il premio lordo annuo per l'intero nucleo familiare, titolare di polizza escluso, è pari a euro 439,689.

La copertura deve intendersi in continuità assicurativa per coloro già precedentemente assicurati.

I pensionati non attivi, superstiti di iscritto titolari di pensione di reversibilità o indiretta e Dottori commercialisti esonerati dall'iscrizione alla Cassa (tenuti al versamento del solo contributo integrativo) che non attivano il piano base dalla decorrenza di detta polizza non potranno accedere negli anni successivi.

Art. 3 – INCLUSIONI ED ESCLUSIONI IN CORSO D'ANNO

Inclusione di nuovi iscritti e tirocinanti preiscritti in corso d'anno

Si intendono, altresì, assicurati i professionisti iscritti o preiscritti alla Cassa nel corso del periodo di durata del contratto; in tal caso la garanzia decorre dalle ore 24:00 del giorno del provvedimento/delibera di iscrizione preiscrizione alla Cassa sempre che questo venga comunicato alla Società entro 60 giorni dalla relativa assunzione; qualora l'iscrizione o la preiscrizione venga comunicata successivamente, la garanzia

decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società il rateo di premio relativo verrà pagato all'atto del conguaglio con le modalità previste dal successivo art. 5.

Gli iscritti o pre iscritti alla Cassa, con provvedimento/delibera di iscrizione o preiscrizione intervenuto nel corso del primo semestre di ciascuna annualità assicurativa, entro 60 giorni dalla comunicazione ricevuta dalla Cassa avente ad oggetto l'attivazione del piano base in loro favore, potranno estendere al proprio nucleo familiare i benefici della garanzia assicurativa della Polizza copertura sanitaria base previa compilazione dell'apposito modulo e relativo pagamento del premio, nella misura stabilita all'art.5. La validità della copertura assicurativa base per i familiari avrà decorrenza dalle ore 24:00 del giorno di valuta riconosciuta dal beneficiario.

Variazione da pensionato attivo a pensionato non attivo in corso d'anno

Per i pensionati attivi che in data successiva alla decorrenza della polizza rientrano nella categoria Pensionati non attivi avranno la facoltà di usufruire della copertura previo pagamento del relativo premio alla prima scadenza contrattuale.

Le adesioni pervenute oltre il termine del 28 febbraio di ciascun anno, non saranno considerate valide e pertanto l'eventuale premio versato verrà restituito. La totalità dei componenti del nucleo familiare dell'iscritto alla Cassa deve essere inserita nella polizza contestualmente all'iscritto; non è possibile effettuare l'inserimento in copertura dei suddetti familiari in data successiva a quella di effetto della garanzia per l'iscritto, ad eccezione dei seguenti casi: - costituzione/estensione del nucleo familiare a seguito di matrimonio o nuova convivenza more uxorio (certificati da Stato di famiglia) e nascita di un figlio convivente.

In caso di mancata richiesta da parte dell'assicurato non sarà possibile procedere all'inserimento nelle annualità successive.

Esclusione di iscritti, pensionati attivi e preiscritti in corso d'anno e relativo nucleo familiare

Nel caso di cessazione del rapporto di iscrizione alla Cassa, che la stessa dovrà comunicare entro la fine di ogni anno assicurativo alla Società, la copertura rimane vigente per l'assicurato e i componenti del Nucleo familiare fino alla prima scadenza annuale di polizza.

Variazioni nella composizione del Nucleo familiare in corso d'anno per tutte le categorie assicurate

Variazioni della composizione del nucleo familiare possono verificarsi nel caso di matrimonio o di nascita di figli. La notifica dell'inserimento di un nuovo componente, unitamente ad una copia del modulo per il trattamento dei dati personali nel caso in cui si tratti di maggiorenne, dovrà essere trasmessa entro 90 giorni dalla data di matrimonio o della nascita alla Società. La copertura decorrerà dalle ore 24 del giorno dalla data di valuta riconosciuta al beneficiario del pagamento dell'eventuale premio annuo relativo ad una od ambedue le polizze (Base e Integrativa).

Art. 4 —LIMITE DI ETÀ

Per gli iscritti, i preiscritti e i pensionati attivi della Cassa, titolari della Polizza copertura sanitaria base, non è previsto alcun limite di età.

Per i pensionati non attivi, superstiti di iscritto titolari di pensione di reversibilità o indiretta, non più iscritti alla Cassa e Dottori commercialisti esonerati dall'iscrizione alla Cassa (tenuti al versamento del solo contributo integrativo), è previsto il limite di età massimo di 80 anni; stesso limite di età (80 anni) è previsto per eventuale coniuge o convivente more uxorio ai quali gli stessi volessero estendere la polizza Base,

fermo il limite di anni 30 per figli conviventi e non conviventi.

Art. 5 – EFFETTO E DURATA DELL'ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEL PREMIO – REGOLAZIONE DEL PREMIO

La presente Polizza ha una durata di 3 anni con cadenza della copertura assicurativa annuale (Anno Assicurativo). Anche in deroga all'art. 1901 del Codice civile, la Polizza decorre dalle ore 00.00 del 1° gennaio 2023 con scadenza alle ore 24.00 del 31 dicembre 2025 senza soluzione di continuità alcuna rispetto alle coperture precedentemente in vigore, anche ove prestate da diverso assicuratore.

La CNPADC, ai sensi dell'art. 106, comma 11 del D.Lgs 50/2016 s.m.i., si riserva la possibilità di prorogare la predetta durata di copertura del contratto per il tempo strettamente necessario alla stipula di un nuovo contratto a seguito dell'espletamento di una nuova procedura. In tal caso la Società è tenuta all'esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto agli stessi prezzi, patti e condizioni, di cui all'offerta risultata aggiudicataria.

La CNPADC si riserva, inoltre, la facoltà di rinnovare il servizio per una durata di ulteriori 24 mesi ed alle medesime condizioni normative ed economiche e, quindi, dalle ore 00.00 del 1° gennaio 2026 alle ore 24 del 31.12.2027.

Se il Contraente non paga il premio alla firma o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 120° giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

I termini di cui sopra, valgono anche per il pagamento di appendici comportanti un premio alla firma e decorrono dalla data di ricevimento del documento ritenuto formalmente corretto.

Il premio annuo lordo complessivo, per le prestazioni previste dalla presente polizza è calcolato in via provvisoria sul numero stimato di 73.000 soggetti aventi diritto al piano sanitario base a spese della Cassa (iscritti e preiscritti alla Cassa, pensionati attivi della Cassa).

Nel caso in cui si riscontri un numero di aventi diritto al piano base a spese della Cassa (iscritti e preiscritti alla Cassa, pensionati attivi della Cassa) maggiore alla data di decorrenza della polizza, su cui è stato calcolato il premio anticipato, verrà emesso un atto di variazione di conguaglio che dovrà essere regolato dall'Ente entro gg. 60 dalla data di ricevimento del documento ritenuto formalmente corretto.

Nel caso in cui si riscontri un numero di aventi diritto al piano base a spese della Cassa (iscritti e preiscritti alla Cassa, pensionati attivi della Cassa) inferiore alla data di decorrenza della polizza, su cui è stato calcolato il premio anticipato, verrà emesso un atto di variazione di conguaglio che dovrà essere regolato dalla Società entro gg. 60 dalla relativa comunicazione.

Per quanto riguarda le inclusioni di nuovi iscritti, nei termini previste all'art. 3, il premio di competenza verrà conguagliato in sede di regolazione del premio alla fine dell'annualità e calcolato come segue:

- 100% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel primo semestre assicurativo;
- 50% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel secondo semestre assicurativo.

Art. 6 – PROSECUZIONE DELLA COPERTURA OLTRE LA SCADENZA

Qualora il ricovero abbia inizio prima della scadenza del contratto e prosegua oltre tale data, sono comprese le spese sostenute fino al 180° giorno post-ricovero. La garanzia è operante sino a quando le Persone Assicurate di cui al precedente art. 2 vengano dimesse dall'Istituto di cura.

Art. 7 – INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene per le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

Art. 8 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicare eventuali circostanze aggravanti il rischio ai sensi dell'art. 1898 c.c. e la Società rinuncia alla relativa facoltà di recesso.

Art. 9 – OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO TECNICO

La Società alle scadenze annuali si impegna a fornire al Contraente un dettaglio analitico dei sinistri cosisuddiviso:

1. sinistri denunciati;
2. sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva)
3. sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato)
4. sinistri respinti (mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Inoltre, la società ad ogni scadenza mensile, si impegna a fornire al Contraente i dettagli dei sinistri aperti, dei sinistri respinti e dei sinistri liquidati.

A tale fine si concorda che viene istituito un tavolo a confronto a cadenza trimestrale in cui verranno congiuntamente esaminati:

- i dati aggiornati sull'andamento tecnico del piano sanitario;
- aspetti interpretativi contrattuali.

Art. 10 – ESONERO COMUNICAZIONE DI ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze stipulate dall'Assicurato per il medesimo rischio, fermo l'obbligo a carico di quest'ultimo di darne avviso in caso di sinistro ai sensi dell'art. 1913 c.c.

Art. 11 – CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio composto da tre medici.

I membri del Collegio verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso di dissenso, dal consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove 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 lametà delle spese e delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio medico sono assunte a maggioranza di voti; i risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare uno per ognuna delle parti. Si applicano i principi generali di cui alla Raccomandazione della Commissione europea n. 257/1998.

Le controversie di natura non medica sono portate all'attenzione di un'apposita Commissione permanente composta da quattro membri, due dei quali designati dal Contraente e due dalla Società. Alla medesima commissione è affidato il compito di tentare la bonaria composizione della controversia secondo canoni di lealtà e buona fede nei rapporti della Società con il Contraente e gli Assicurati. Si applicano i principi generali di cui alla Raccomandazione della Commissione europea n. 310/2001.

In alternativa alle procedure sopra indicate, rimane sempre salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.

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

Art. 12 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 13 – POLIZZA COLLETTIVA

La presente polizza è prestata in forma collettiva e stipulata per conto altrui ai sensi dell'art. 1891 CC.

Gli obblighi derivanti dal contratto devono essere adempiuti dal Contraente, salvo a quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'assicurato.

Art. - 14 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Si conviene tra le parti che tutte le comunicazioni alle quali le parti sono contrattualmente tenute, saranno considerate valide se fatte dall'una all'altra parte con lettera raccomandata o e-mail o telefax o pec o altro strumento idoneo ad assicurarne la provenienza.

Art. - 15 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Il presente Contratto abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dal Contraente sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio. Ciò premesso, si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato.

Art. - 16 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche al presente contratto dovranno essere approvate dalla Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei dottori Commercialisti e dalla Società mediante atto scritto da esse sottoscritto.

Art. - 17 — LEGITTIMAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE AI GIUDIZI RELATIVI ALL'INDENNIZZO.

CNPADC non è legittimata a partecipare o intervenire nei giudizi sull'indennizzo, spettando la relativa legittimazione attiva e passiva solo all'assicurato e alla Compagnia di Assicurazione.

Art. - 18 — RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto alla facoltà di surroga prevista dall'art. 1916 del c.c. verso i terzi responsabili.

Art. - 19 – ONERI FISCALI

Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001, Capitale Sociale Euro 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001, REA 1013058 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alla delibera ISVAP n. 2788/2010 • Società appartenente al gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Vita S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

Art. - 20 – FORO COMPETENTE

Per le controversie concernenti l'esecuzione del contratto è esclusivamente competente il Foro di Roma.

Art. - 21 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. - 22 – TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La CNPADC, ai sensi dell'art. 3, comma 1, della Legge n. 136 del 13 agosto 2010 e s. m. i. effettuerà il pagamento esclusivamente mediante bonifico.

Il pagamento avverrà previo accertamento della regolarità contributiva della Società.

Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3, comma 8, della Legge 13 agosto 2010, n. 136, la Società si impegna a rispettare puntualmente gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dalla medesima Legge n. 136/2010. Si conviene che, in ogni caso, la CNPADC in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 3 comma 9 bis della L. 136/2010 e s.m.i., senza bisogno di assegnare alcun termine per l'adempimento, risolverà di diritto il presente contratto, ai sensi dell'art. 1456 c.c. nonché dell'art. 1360 c.c. previa dichiarazione da comunicarsi alla Società con raccomandata a.r. o a mezzo Pec, nell'ipotesi in cui le transazioni siano state eseguite senza avvalersi del bonifico bancario o postale e quindi senza aver utilizzato uno o più conti correnti bancari o postali accesi presso banche o presso la società Poste Italiane S.p.A. dedicati, anche non in via esclusiva, al presente Contratto. La Società è tenuta a comunicare tempestivamente, e comunque entro e non oltre 7 giorni dalla variazione, qualsivoglia modifica intervenuta in ordine ai dati relativi agli estremi identificativi del conto corrente dedicato nonché le generalità ed il codice fiscale delle persone delegate ad operare su detto conto.

Art. - 23 – RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO, RESPONSABILE DEL CONTRATTO, PREPOSTO PER LA SICUREZZA

Il Responsabile unico del procedimento è individuato nella persona dell'Avv. Cristina Pellegrino

Il Responsabile del Contratto individuato dalla Società è Andrea Vespaziani.

Ai sensi dell'art. 26, c. 8-bis del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. il personale che svolge funzioni di preposto è Fois Paola; Carrella Michele; Leonardi Gloria; Franchi Giampaolo.

Art.- 24 - CODICE ETICO – MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE EX D.LGS. N. 231/2001 – PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

CNPADC si è dotata di un Codice Etico e di un Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs 231/01 ("Modello"), definito attenendosi agli standard di controllo indicati dal D.Lgs 231/01 ("Decreto") e dalle best practice di riferimento, anche al fine di prevenire la commissione di atti illeciti di cui al medesimo Decreto.

La Società dichiara di essere a conoscenza delle disposizioni di cui al Decreto, nonché di aver acquisito, da parte di CNPADC, la disponibilità, in relazione al presente accordo, di copia del Codice Etico, pubblicato nel sito web di CNPADC, e delle Sezioni dei protocolli comportamentali e/o delle procedure aziendali inerenti alle attività da svolgere, nonché della "Policy in materia di sponsorizzazioni, omaggi, liberalità, ospitalità e

intrattenimenti”.

La Società dichiara inoltre di non essere soggetta ad alcuna delle sanzioni previste dall'art. 9 del Decreto e che nessuna azione giudiziaria è pendente a suo carico in relazione a tale normativa. Qualora, in costanza di rapporto, doveste trovarvi nelle condizioni di cui sopra, la Società si impegna a darne tempestiva comunicazione a CNPADC, che valuterà l'adozione delle opportune misure di tutela, fra cui la risoluzione di diritto del Contratto ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1456 c.c., fermo restando il risarcimento dei danni eventualmente cagionati alla Cassa.

La Società si obbliga pertanto a tenere un comportamento coerente e conforme alla normativa di cui al D. Lgs. 231/01 ed alle disposizioni, ai principi, alle regole di comportamento ed ai valori indicati nei documenti come sopra resi disponibili. In quest'ambito, si obbliga più in particolare (i) a non adottare atti o tenere comportamenti tali da determinare una violazione del Modello da parte di CNPADC; (ii) a far osservare ai soggetti che operano per suo conto, nell'ambito dell'esecuzione del presente Contratto, le disposizioni del D. Lgs. 231/01 ed i principi contenuti nel Codice Etico e negli altri documenti che saranno messi a disposizione di BNT; (iii) a non porre in essere alcun atto od omissione, a non dare origine ad alcun fatto e a non tenere alcun comportamento che possa esporre CNPADC al rischio dell'applicazione delle sanzioni previste dal Decreto o da cui possa comunque derivare una responsabilità di CNPADC sulla base di quest'ultimo.

La Società si impegna altresì ad informare immediatamente e direttamente l'Organismo di Vigilanza di CNPADC (odv@cnpadc.it) nel caso in cui venga a conoscenza di condotte illecite di richieste effettuate da personale di CNPADC che potrebbero determinare una violazione delle disposizioni ex D. Lgs. 231/01, del Codice Etico o del Modello.

L'inosservanza degli obblighi ed impegni di cui sopra costituirà grave inadempimento contrattuale e legittimerà CNPADC a risolvere il presente Contratto, con effetto immediato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1456 del Cod. Civ., fermo restando il risarcimento dei danni.

La Società dichiara altresì:

- di essere a conoscenza che la CNPADC si è dotata di un Modello di Gestione conforme ai requisiti della norma ISO 37001 per la prevenzione della corruzione (di seguito “SGPC”);
- di aver preso visione della “Politica per la prevenzione della corruzione”, la quale è pubblicata nel sito web di CNPADC, sezione la Cassa, Sistemi di Gestione, Sistema di Gestione Qualità e Prevenzione della Corruzione;
- di impegnarsi al rispetto assoluto dei principi e valori stabiliti nella “Politica per la prevenzione della corruzione” ed in particolare al rispetto della normativa in materia di anticorruzione, come prevista dal codice penale, cui la Politica si riferisce;
- di impegnarsi a divulgare i contenuti della predetta Politica ai propri collaboratori a qualsiasi titolo, per quanto compatibili con il ruolo e l'attività svolta, ed a fornire previa eventuale richiesta della CNPADC, prova dell'avvenuta comunicazione.

La violazione della normativa di cui sopra, costituirà grave inadempimento contrattuale e legittimerà CNPADC a risolvere il presente Contratto, con effetto immediato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1456 del Cod. Civ., fermo restando il risarcimento dei danni.

Art. - 25 – **OBBLIGHI DERIVANTI DAL RAPPORTO DI LAVORO**

La Società si obbliga ad ottemperare a tutti gli obblighi verso i propri dipendenti derivanti da disposizioni legislative e regolamentari vigenti in materia di lavoro, ivi compresi quelli in tema di igiene e sicurezza, nonché la disciplina previdenziale e infortunistica, assumendo a proprio carico tutti i relativi oneri; in

particolare, l'Appaltatore si impegna a rispettare nell'esecuzione delle obbligazioni derivanti dal Contratto le disposizioni di cui al D. Lgs. 81/2008 e successive modificazioni e integrazioni.

La Società si obbliga altresì ad applicare, nei confronti dei propri dipendenti occupati nelle attività contrattuali, le condizioni normative e retributive non inferiori a quelle risultanti dai contratti collettivi ed integrativi di lavoro applicabili alla data di stipula del presente Contratto alla categoria e nelle località di svolgimento delle attività, nonché le condizioni risultanti da successive modifiche ed integrazioni.

La Società si obbliga, altresì, a continuare ad applicare i suindicati contratti collettivi anche dopo la loro scadenza e fino alla loro sostituzione.

Gli obblighi relativi ai contratti collettivi nazionali di lavoro di cui ai commi precedenti vincolano la Società anche nel caso in cui non aderisca alle associazioni stipulanti o receda da esse, per tutto il periodo di validità del presente Contratto.

Ai sensi dell'art. 30 comma 5 del D.Lgs. n. 50/2016, in caso di inadempienza contributiva risultante dal documento unico di regolarità contributiva relativo a personale dipendente della Società impiegato nell'esecuzione del contratto, la Cassa tratterrà dal certificato di pagamento l'importo corrispondente all'inadempienza per il successivo versamento diretto agli enti previdenziali e assicurativi, compresa, nei lavori, la cassa edile.

In ogni caso sull'importo netto progressivo delle prestazioni è operata una ritenuta dello 0,50 per cento; le ritenute possono essere svincolate soltanto in sede di liquidazione finale, dopo l'approvazione da parte della Cassa del certificato di verifica di conformità, previo rilascio del documento unico di regolarità contributiva.

In caso di ritardo nel pagamento delle retribuzioni dovute al personale, il responsabile unico del procedimento inviterà per iscritto il soggetto inadempiente, ed in ogni casola Società, a provvedervi entro i successivi quindici giorni. Ove non sia stata contestata formalmente e motivatamente la fondatezza della richiesta entro il termine sopra assegnato, la Cassa paga anche in corso d'opera direttamente ai lavoratori le retribuzioni arretrate, detraendo il relativo importo dalle somme dovute all'affidatario del contratto.

La Società si assume l'onere di dimostrare in ogni tempo, a richiesta della Cassa, l'adempimento di tutte le disposizioni relative alle assicurazioni sociali, derivanti da leggi e contratti collettivi di lavori, che prevedono il pagamento di contributi da parte del datore di lavoro a favore dei propri dipendenti.

Art. - 26 - **CAUZIONE**

A garanzia delle obbligazioni contrattuali assunte dalla Società con la stipula del presente Contratto, la Società medesima ha prestato una cauzione definitiva pari ad un importo di € 5.215.810,76, mediante la stipula di una fideiussione rilasciata in data 23/11/2022 da Atradius Credito y Caucion S.A. de Seguros y Reaseguros.

Tale cauzione è rilasciata a prima e semplice richiesta, incondizionata, irrevocabile, con rinuncia al beneficio della preventiva escussione, estesa a tutti gli accessori del debito principale, in favore della Cassa a garanzia dell'esatto e corretto adempimento di tutte le obbligazioni, anche future ai sensi e per gli effetti dell'art. 1938 Codice Civile, nascenti dal presente Contratto, ivi inclusa l'escussione per l'applicazione delle penali. La garanzia opera per tutta la durata del presente Contratto e, comunque, sino alla completa ed esatta esecuzione delle obbligazioni nascenti dal medesimo; pertanto, le garanzie saranno svincolate, senza corresponsione di alcun interesse, al termine del contratto, purché non sussistano contestazioni di parte, sia accertata la conformità dei Servizi e la regolarità retributiva e contributiva dei lavoratori impiegati, nel rispetto del comma 5 dell'art. 103 del D. Lgs. n. 50/2016 e ss. mm. ii.

Qualora l'ammontare della garanzia dovesse ridursi per qualsiasi causa, la Società dovrà provvedere al reintegro entro il termine di 10 (dieci) giorni lavorativi dal ricevimento della relativa richiesta effettuata

dalla Cassa.

In caso di inadempimento alle obbligazioni previste nel presente articolo la CNPADC ha facoltà di dichiarare risolto di diritto il presente Contratto.

Art. – 27 - **GESTIONE DELLA POLIZZA**

La Cassa si impegna a trasmettere alla Società l'aggiornamento dei dati degli Assicurati relativi al piano sanitario base tramite tracciato record.

La Società:

- raccoglie le adesioni volontarie al piano sanitario base on line tramite propria piattaforma personalizzata che sarà messa a disposizione dalla Società
- oppure, laddove preferito dall'aderente
- tramite invio cartaceo del relativo modulo di adesione che la stessa Società metterà a disposizione

La Società garantisce assistenza telefonica per qualsiasi informazione in merito alle adesioni volontario al piano assicurativo base esonerando sin d'ora la CNPADC da qualsiasi incombenza in merito.

GARANZIE BASE

ASSISTENZA AGLI ASSICURATI

Dovunque si trovi e in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà richiedere informazioni relative all'assicurazione telefonando alla Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24 ai seguenti numeri:

Centrale Informativa:

dall'Italia: 800178455

dall'estero: +39.06.99503401 (a pagamento)

Centrale di Assistenza:

dall'Italia: 800554084

dall'estero: +39.011.74.17.180 (a pagamento)

SEZIONE A – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI

Art. A.1. – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata fino alla concorrenza della somma di **€ 260.000,00** da intendersi come disponibilità massima a favore di ciascun assicurato che abbia subito uno o più sinistri nel medesimo anno assicurativo.

L'Assicurazione opera, nei termini e condizioni di cui al presente Contratto, in caso di:

- Grandi Interventi chirurgici, come indicati all'Allegato I;
- Grandi eventi morbosi, come indicati nell'Allegato II;
- Garanzie accessorie alle principali (indennità sostitutiva, day hospital, indennità di lunga convalescenza);
- Prestazioni extra ricovero (malattie oncologiche, prevenzione check-up annuali, check-up specifici, pacchetto maternità, alta specializzazione, diagnosi comparativa, contagio da virus da H.I.V. Video Consult);
- Invalidità permanente da malattia;
- Attività di supporto ed assistenza (trasporto sanitario, accompagnatore, assistenza sanitaria in Italia e all'estero, consigli medici telefonici, invio di un medico generico, prenotazione visite ed esami, prelievo campioni da analizzare e consegna referti, invio di un infermiere, invio di un fisioterapista, fornitura di attrezzature medico chirurgiche, consegna farmaci a domicilio, tutoring sanitario, invio di un accompagnatore o di un mezzo di trasporto, interprete all'estero, viaggio di un familiare, rientro sanitario, rientro del convalescente, rientro funerario).

GARANZIE PRINCIPALI

La Società indennizza le spese per:

GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (purché previsto nell'elenco di cui all'allegato I)

- A.1.1. gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- A.1.2. i diritti di sala operatoria;
- A.1.3. il materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento);
- A.1.4. l'assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, ed esami effettuati durante il periodo di ricovero relativo all'intervento subito;
- A.1.5. rette di degenza;
- A.1.6. intervento chirurgico e chirurgia robotica; per quanto riguarda la sola chirurgia robotica è previsto un limite di € 15.000,00 per ogni Assicurato e per ciascun anno assicurativo;
- A.1.7. accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 120 giorni precedenti il ricovero;
- A.1.8. esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio (fino alla concorrenza di € 5.000,00 per ogni Assicurato e per ciascun anno assicurativo) di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), effettuate nei 120 giorni successivi al termine del ricovero e pertinenti all'intervento chirurgico;
- A.1.9. trapianto, prelievo, impianto ed espianto di organi o parte di essi; ricovero, accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, cure, medicinali e rette di degenza, intervento chirurgico anche del donatore.

GRAVE EVENTO MORBOSO (purché previsto nell'elenco di cui all'allegato II)

- A.1.10. rette di degenza;
- A.1.11. assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- A.1.12. accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 120 giorni precedenti il ricovero;
- A.1.13. spese sostenute nei 180 giorni successivi alla data di dimissione dall'istituto di cura per visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici, terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari;
- A.1.14. in caso di solo trattamento domiciliare, le spese per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, terapie mediche chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari sostenute nei 180 giorni successivi alla data in cui è stato diagnosticato l'evento morboso, fino alla concorrenza di € 18.000,00 per ogni assicurato e per ciascun anno assicurativo.

GARANZIE ACCESSORIE ALLE PRINCIPALI

In caso di evento assicurato ai sensi delle Garanzie Principali, si intendono efficaci le seguenti Garanzie Accessorie:

Art. A.1.15. - INDENNITA' SOSTITUTIVA

Nel caso in cui l'assicurato, a seguito di sinistro, non faccia richiesta di indennizzo, la Società corrisponderà un'indennità di € 150,00 ogni giorno di ricovero per una durata massima di 180 giorni per ciascun anno assicurativo e per ciascun assicurato.

Art. A.1.16. - DAY HOSPITAL

L'assicurazione è efficace anche nel caso di degenza in istituto di cura in regime di "day hospital" resa necessaria da sinistro.

Art. A.1.17. - INDENNITA' DI LUNGA CONVALESCENZA

In caso di ricovero, la Società corrisponderà un'indennità di convalida di € 100,00 per ogni giorno successivo alle dimissioni dall'Istituto di cura per un numero di giorni pari a quelli del ricovero. Detta indennità verrà corrisposta qualora nel periodo di convalida l'Assicurato non risulti in grado di provvedere autonomamente a tre dei quattro atti elementari della vita quotidiana: vestirsi, lavarsi, deambulare, nutrirsi. L'Assicurato dovrà produrre apposita certificazione medica attestante la sussistenza delle condizioni sopraindicate.

Art. A.1.18. - COLPA GRAVE DELL'ASSICURATO

Si precisa che vengono compresi nella copertura tutti gli eventi che non siano causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato. Sono inclusi nella garanzia, quindi, anche tutti gli eventi determinati da colpa grave dell'Assicurato.

Art. A.2. – RISCHI ESCLUSI

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti

- alla stipulazione del contratto, fatta eccezione per gli interventi di chirurgia pediatrica;
2. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
 3. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttivi resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi);
 4. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzate;
 5. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

Art. A.3. – SCOPERTO, FRANCHIGIA, LIMITI DI INDENNIZZO

In aggiunta a quanto già disciplinato in polizza per singole garanzie, sono previsti i seguenti limiti all'indennizzo pagato dalla Società:

ART.	GARANZIA	FRANCHIGIA	SCOPERTO	MASSIMO SCOPERTO	MASSIMO INDENNIZZO
	Ricovero presso strutture non convenzionare con la Società	250,00	10%	2.500,00	
	Prestazioni a favore di assicurati di oltre 75 anni di età	1.000,00	10%	5.000,00	
	Retta di degenza in caso di ricovero presso struttura non convenzionata				300,00 al dì
	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche presso strutture convenzionate				2.600,00 per nucleo familiare
	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche presso strutture non convenzionate	50,00	25%		2.600,00 per nucleo familiare
	Malattie mentali	500,00			5.000,00 per nucleo familiare

SEZIONE B – PRESTAZIONI EXTRA RICOVERO

Art. B.1. – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata a favore di ciascun assicurato nei seguenti casi:

Art. B.1.1. - MALATTIE ONCOLOGICHE

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 10.000,00 per persona e/o per nucleo familiare in caso di utilizzo delle strutture non Convenzionate e € 20.000,00 in caso di utilizzo di strutture Convenzionate.

Nel caso di malattie oncologiche, la Società rimborsa le spese ospedaliere ed extraospedaliere, non altrimenti indennizzabili a termini di polizza sostenute per:

- chemioterapia, cobaltoterapia, radioterapia, terapie radianti e qualsiasi altra terapia oncologica riconosciuta.
- visite mediche, esami e accertamenti diagnostici (anche effettuati a titolo di follow up)

In caso di estensione della copertura al nucleo familiare il suddetto massimale è da intendersi per nucleo.

Art. B.1.2. - PREVENZIONE

CHECK-UP ANNUALE

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione annuale, una volta l'anno, unicamente in strutture del Network, senza necessità di prescrizione medica, in regime di assistenza diretta, previa autorizzazione da parte della Centrale Operativa. La garanzia non è estensibile al Nucleo familiare.

Le prestazioni previste possono essere effettuate in unica soluzione.

1. Alanina aminotransferasi (ALT e AST)
2. Antigene Prostatico Specifico (PSA) + visita urologica
3. Aspartato aminotransferasi (GOT)
4. Azotemia
5. Colesterolo totale o colesterolemia
6. Colesterolo HDL
7. Colonscopia anche con asportazione di tessuto a scopo diagnostico. Qualora nel corso dell'esame diagnostico si rendesse necessario un intervento operativo/curativo sarà rimborsato in garanzia la quota di prestazione diagnostica
8. Colonscopia virtuale
9. Creatinina
10. Ecografia addome completo
11. Ecografia mammaria
12. Ecografia prostatica
13. Esame Colpocitologico cervico – vaginale (PAP-TEST)
14. Esame emocromocitometrico e morfologico completo
15. Gamma Glutammil – Transpeptidasi (Gamma GT)
16. Gastrosocopia (ogni tre anni)
17. Glucosio-glicemia
18. Mammografia
19. MOC (ogni tre anni)
20. Prelievo venoso in ambulatorio
21. Ricerca sangue occulto fecale
22. Tempo di protrombina parziale (PTT)
23. Tempo di protrombina (PT)
24. Trigliceridi
25. Urea
26. Urine; esame chimico, fisico e microscopico
27. Velocità di sedimentazione delle emazie (VES)
28. Visita cardiologia + ECG
29. Visita ginecologica + PAP test

30.ecg da sforzo

CHECK-UP SPECIFICI

Ad integrazione del check-up annuale, sono garantite –esclusivamente in regime di Assistenza Diretta – le spese per le prestazioni di prevenzione annuale specifiche di seguito elencate ai punti a) e b) effettuate in Strutture del Network, previa autorizzazione da parte della Centrale Operativa e senza necessità di prescrizione medica.

La garanzia non è estensibile al nucleo familiare.

a) Prevenzione Pacchetto Donna

La Società provvede al pagamento, senza applicazione di franchigie o scoperti, delle prestazioni sottoelencate:

Donne – tra 30 e 39 anni di età

- Test HPV (Papilloma Virus)

Donne – tra 40 e 49 anni di età

- Visita senologica – una volta ogni anno (in combinazione con ecografia mammaria o mammografia)

Donne – over 50 anni di età

- Indagini di laboratorio specifiche – una volta ogni tre anni:

- Creatinina

- Calcio

- Fosforo

- Fosfatasi alcalina

- PTH

- Vitamina D

-Radiografia Polmonare

-Ecodoppler Tsa

-Ecografia grossi vasi (tronchi sovraortici)

-Ecocolordoppler venoso arti inferiori

-Ecocardiogramma

Donne – senza limiti di età

Ecografia transvaginale – una volta all'anno

b) Prevenzione Pacchetto Uomo

Uomo – over 21 anni

- Ecografia testicolare (eseguibile sino al compimento dei 40 anni) – una volta ogni due anni

Uomini over 50 anni

Radiografia polmonare

Ecodoppler Tsa

Ecografia grossi vasi (tronchi sovraortici)

Ecocolordoppler venoso arti inferiori

Ecocardiogramma

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 2.000,00 per persona.

La garanzia non è estensibile al nucleo familiare.

B.1.2.2 - PACCHETTO MATERNITÀ

La garanzia è prestata, in alternativa:

- al professionista assicurato, se donna;

- alla coniuge/convivente, se per questa è stato attivato il Piano Sanitario Base

La Società provvede, nelle modalità di seguito specificate, al pagamento delle seguenti prestazioni in caso di stato di gravidanza debitamente certificato:

- a) n. 4 ecografie (compresa la morfologica)
- b) analisi clinico chimiche da protocollo
- c) alternativamente: Amniocentesi, Villocentesi o test equivalente;
- d) n. 4 visite specialistiche di controllo ostetrico-ginecologiche;
- e) n. 1 ecocardiografia fetale;
- f) n. 1 visita specialistica ginecologica di controllo post parto;
- g) n. 2 visite urologiche;
- h) un ciclo di prestazioni fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico post parto;
- i) n. 3 colloqui psicologici post partum effettuati entro e non oltre 9 mesi dalla data del parto stesso. In caso di aborto, il numero dei colloqui è elevato a 6 e dovranno essere effettuati entro e non oltre 9 mesi dalla data dell'aborto.

La garanzia è prestata fino ad un massimo per evento di € 2.000.

Le prestazioni previste dalla presente Garanzia si intendono operanti unicamente qualora effettuate presso:

- I) strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati, mediante liquidazione in forma diretta previa autorizzazione da parte della Centrale Operativa;
- II) strutture del Servizio Sanitario Nazionale, con rimborso integrale dei ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Art. B.1.3. - **ALTA SPECIALIZZAZIONE**

La Società indennizza le spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici)

Angiografia, Artrografia, Broncografia, Cisternografia, Cistografia, Clisma opaco, Colangiografia, Colecistografia, Dacriocistografia, Defecografia, Discografia, Fistelografia, Flebografia, Fluorangiografia, Galattografia, Isterosalpingografia, Linfografia, Mammografia, Mielografia, Pneumoencefalografia, Retinografia, Rx esofago, Rx tubo digerente, Scialografia, Splenoportografia, Tomografia torace, Tomografia in genere, Tomografia logge renali, Tomoxerografia, Urografia, Vesciculodeferentografia, PET, Chemioterapia, Cobaltoterapia, Dialisi, Elettromiografia, Laserterapia a scopo fisioterapico, Risonanza Magnetica Nucleare (inclusa Angio RMN), Radioterapia e terapie radianti in genere, OCT, Scintigrafia, Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) anche virtuale, , Arteriografia , Broncoscopia , Cateterismo cardiaco , Elettroencefalografia

La presente garanzia è operante esclusivamente per eventi conseguenti ad un ricovero per Grande Intervento o Grave Evento Morboso come da Allegati 1 e 2

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 8.000,00 per persona e/o per nucleo familiare. Solo in caso di accesso a strutture sanitarie non convenzionate è prevista l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo di euro 50,00 per ogni prestazione.

In caso di accesso a strutture sanitarie convenzionate, la Società provvede direttamente alla

prenotazione per conto dell'assicurato e dietro richiesta del medesimo. In tutti gli altri casi valgono le disposizioni di cui all'art. 2 lett. a) e b) della sezione E Gestione Sinistri.

Art. B.1.4. - DIAGNOSI COMPARATIVA

Qualora all'Assicurato venga diagnosticata una delle seguenti patologie:

Morbo di Alzheimer, AIDS, Cecità, Malattie neoplastiche maligne, Problemi cardiovascolari, Sordità, Insufficienza renale, Perdita della parola, Trapianti degli organi vitali, Patologie neuromotorie, Sclerosi multipla, Paralisi, Morbo di Parkinson, Ictus, Coma, potrà essere richiesto dall'Assicurato un riesame del caso mediante l'invio alla Società di tutta la documentazione medica necessaria.

La Società provvederà, previo esame della documentazione richiesta, attraverso una rete di consulenti medici specializzati nelle patologie sopraindicate a livello mondiale, a ottenere una nuova valutazione medica e a trasmetterla all'Assicurato.

Il servizio può essere attivato mediante contatto con la Centrale Operativa della Società.

Entro 15 giorni dall'invio della documentazione medica necessaria, la Società provvederà a inoltrare all'Assicurato la diagnosi comparativa contenente i nomi di almeno due degli specialisti consultati e le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia evidenziata; la Società fornisce inoltre la consulenza necessaria per fissare un appuntamento con il medico individuato.

Per i clienti che intendano entrare in contatto con medici all'estero, la Società mette a disposizione la propria Centrale Operativa per organizzare la degenza nell'ospedale, la sistemazione alberghiera, il viaggio e garantire eventualmente la presenza di un interprete.

Art. B.1.5. - CONTAGIO DA VIRUS DA H.I.V.

In caso di contagio da virus H.I.V. provocato da trasfusione di sangue o di emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile a termini di polizza e comprovata da referto della prestazione di Pronto Soccorso o da cartella clinica del ricovero, la Società corrisponde un indennizzo di euro 20.000,00. **Tale somma deve essere considerata in aumento rispetto ad eventuali altri indennizzi spettanti all'assicurato in base ad altre garanzie di polizza.**

Art. B.2. – RISCHI ESCLUSI

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fatta eccezione per gli interventi di chirurgia pediatrica;
2. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
3. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi);
4. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzate;
5. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

Art. B.3. – VIDEO CONSULTI

La Centrale Operativa mette a disposizione un servizio non assicurativo di video consulenza medica.

Tale servizio consente a ciascun Assicurato o nucleo familiare di fruire – per un massimo di 3 volte per anno assicurativo – di una video consulenza medica specialistica a scelta tra le seguenti specialità: pediatrica, geriatrica, cardiologica, ginecologica, allergologica, dermatologica, endocrinologica, pneumologica, nutrizionistica, odontoiatrica, otorinolaringoiatrica, oculistica, psicologia, neonatologica.

Il servizio è a disposizione dal lunedì alla domenica dalle 9:00 alle 22:00 contattando la Centrale Operativa ai seguenti numeri:

Centrale di Assistenza:

dall'Italia: 800554084

dall'estero: +39.011.74.17.180 (a pagamento)

SEZIONE C - INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. C.1. – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata a favore di ciascun assicurato in caso di invalidità permanente nei termini previsti dai successivi articoli.

Art. C.1.1 - INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

In caso di invalidità permanente dell'assicurato di grado pari o superiore al 66% dovuta a malattia, la Società gli corrisponderà un importo pari a € 10.000,00. La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze della malattia che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dalla malattia come se avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Art. C.1.2. – RISCHI ESCLUSI

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fatta eccezione per gli interventi di chirurgia pediatrica;
2. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
3. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ostomatologica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi);
4. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzate;
5. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

SEZIONE D – ATTIVITÀ DI SUPPORTO ED ASSISTENZA - OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ

Art. D.1. – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata a favore di ciascun Assicurato nei seguenti casi:

AREA ASSISTENZA SANITARIA

Art. D.1.1. - TRASPORTO SANITARIO

La Società organizza il trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di ritorno alla propria abitazione.

Il massimale annuo corrisponde ad € 6.000,00 per persona.

Art. D.1.2. - ACCOMPAGNATORE

La Società organizza il vitto e il pernottamento in istituto di cura o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'Assicurato fino alla concorrenza di € 130,00 giornalieri con il massimo di 30 giorni.

Art. D.1.3. - ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA E ALL'ESTERO

La Società fornirà supporto agli assicurati nell'istruzione delle pratiche attraverso:

- una Centrale operativa dotata di un *call center* dedicato e con un numero telefonico gratuito (numero verde) per le chiamate sia dall'Italia ed un numero dedicato per le chiamate dall'estero, composta da almeno 16 operatori dedicati e caratterizzato dalla costante disponibilità di personale medico;

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa della Società telefonando ai seguenti numeri:

Centrale di Assistenza:
dall'Italia: 800554084
dall'estero: +39.011.74.17.180 (a pagamento)

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione *tickets*, ecc.);
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero;
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

c) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà a inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

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

autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

d) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si terrà a proprio carico le spese di soggiorno nel limite di € 500,00 per sinistro.

e) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di speciali medicinali irripetibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative. Rimane a carico dell'assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

Le prestazioni sotto riportate vengono fornite una volta per ogni infortunio o malattia e con un massimo di tre volte per ciascun Assicurato ed anno assicurativo e operano esclusivamente in Italia, nella Repubblica di San Marino e nella Città del Vaticano.

Art. D.1.4. – CONSIGLI MEDICI TELEFONICI

La Centrale Operativa mette a disposizione il proprio servizio di guardia medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti d'urgenza da adottare. Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche. Il servizio opera 24 ore su 24 ore tutti i giorni dell'anno.

Art. D.1.5. – INVIO DI UN MEDICO GENERICO

Qualora l'Assicurato richieda una visita medica presso la propria residenza nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico. Qualora nessuno dei medici convenzionati con la Centrale Operativa sia immediatamente disponibile, la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il trasferimento di quest'ultimo in una struttura sanitaria mediante autoambulanza o altro veicolo adatto alla circostanza.

Art. D.1.6. – PRENOTAZIONE DI VISITE ED ESAMI

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, debba effettuare visite mediche, analisi cliniche e/o accertamenti diagnostici, dietro prescrizione del medico di base, la Centrale Operativa provvederà a prenotare le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate.

La prenotazione può essere effettuata dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00, esclusi festivi. Resta a carico dell'Assicurato il costo delle visite mediche e/o degli esami.

Art. D.1.7. – PRELIEVO DI CAMPIONI DA ANALIZZARE E CONSEGNA REFERTI AL DOMICILIO

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza, a seguito di infortunio o malattia certificati dal medico curante, e sia richiesta l'effettuazione di prelievi necessari per un'analisi clinica (esami del sangue, delle feci, delle urine ed esami colturali chimico fisici di altre secrezioni biologiche) senza che nessuno possa fornirgli un aiuto concreto, la Centrale Operativa, compatibilmente con la disponibilità delle locali strutture sanitarie, provvede a organizzare il prelievo dei campioni da analizzare presso la residenza

dell'Assicurato, la consegna presso il laboratorio di analisi e il successivo recapito del referto all'Assicurato stesso.

Nel caso in cui il prelievo non possa essere effettuato presso la residenza dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvede a organizzare, in alternativa e in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una struttura sanitaria mediante autovettura o autoambulanza.

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

Art. D.1.8. – **INVIO DI UN INFERMIERE**

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una struttura sanitaria richieda, in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione, un'assistenza infermieristica presso la propria residenza, la Centrale Operativa provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico della Società fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.

Art. D.1.9. – **INVIO DI UN FISIOTERAPISTA**

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una struttura sanitaria in cui sia stato ricoverato a seguito di infortunio, necessiti delle prestazioni di un fisioterapista presso la propria residenza, in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione, la Centrale Operativa provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico della Società fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.

Art. D.1.10. – **FORNITURA DI ATTREZZATURE MEDICO CHIRURGICHE**

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una struttura sanitaria in cui sia stato ricoverato a seguito di infortunio o malattia, richieda, in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione, una o più delle seguenti attrezzature medicochirurgiche:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- letto ortopedico;
- materasso antidecubito

la Centrale Operativa fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato, sino ad un massimo di 90 giorni per sinistro, tenendo il costo a carico della Società. Se per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrezzature, la Società provvederà a rimborsare l'Assicurato delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, fino alla concorrenza di € 300 per sinistro, a fronte della presentazione di fattura o ricevuta fiscale da parte dell'Assicurato stesso. Tale somma deve essere considerata in aumento rispetto ad eventuali altri indennizzi spettanti all'assicurato in base ad altre garanzie di polizza.

Art. D.1.11. – **CONSEGNA FARMACI A DOMICILIO**

Qualora l'Assicurato venga a trovarsi in uno stato di non autosufficienza presso la propria residenza, a seguito di infortunio o malattia, che comporti una permanenza a letto o una situazione di forte disagio - certificati da prescrizione medica - la Centrale Operativa per un periodo di 3 settimane successive all'evento, provvede a garantire la consegna al domicilio di farmaci non salvavita.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa fornendo l'elenco dei farmaci da acquistare dietro prescrizione medica, purché rientranti tra quelli regolarmente registrati in Italia, nonché gli estremi per il recapito. La consegna potrà avvenire – nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto di medicinali. L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla Centrale

Operativa, tenendo il costo a carico della Società.

A carico dell'Assicurato resta il solo costo dei farmaci ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

Art. D.1.12. – **TUTORING SANITARIO**

La Centrale Operativa, supportata dallo *staff* medico interno, chiama regolarmente l'Assicurato o un suo familiare durante la convalescenza e per un periodo non superiore a 30 giorni, successivamente alle dimissioni da una struttura sanitaria in cui sia stato precedentemente ricoverato a seguito di infortunio o malattia, per accertare il suo stato di salute e le eventuali esigenze e necessità personali.

Il tutor medico assiste l'Assicurato o la sua famiglia, programmando i contatti telefonici in base alla situazione clinica, per l'accoglimento delle esigenze personali/cliniche e l'orientamento sulle prestazioni, in allineamento con il medico curante.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione.

Art. D.1.13. – **INVIO DI UN ACCOMPAGNATORE O DI UN MEZZO DI TRASPORTO**

Qualora l'Assicurato, nei trenta giorni successivi alla dimissione da una struttura sanitaria in cui sia stato ricoverato a seguito di infortunio o malattia, debba effettuare una visita di controllo o un esame diagnostico in una struttura sanitaria, come certificato da prescrizione medica, in assenza di un familiare che possa fornirgli un aiuto concreto, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede a inviare un accompagnatore o un mezzo di trasporto per recarsi dalla propria residenza alla struttura sanitaria interessata, tenendone il costo a carico della Società fino alla concorrenza di € 300 per sinistro. Tale somma deve essere considerata in aumento rispetto ad eventuali altri indennizzi spettanti all'assicurato in base ad altre garanzie di polizza.

AREA ASSISTENZA VIAGGIO

Le prestazioni sotto riportate vengono fornite 3 volte per ciascun sinistro ed anno assicurativo e operano in viaggio all'estero e ad oltre 50 Km dal Comune di residenza.

Art. D.1.14. – **INTERPRETE A DISPOSIZIONE ALL'ESTERO**

Qualora l'Assicurato venga ricoverato all'estero in una struttura sanitaria e vi sia la richiesta di un interprete per favorire il contatto e lo scambio d'informazioni tra l'Assicurato stesso ed i medici curanti, la Centrale Operativa, compatibilmente con le disponibilità locali, provvede a reperirlo.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.

Art. D.1.15. – **VIAGGIO DI UN FAMILIARE**

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio sia ricoverato in una struttura sanitaria e non possa essere dimesso entro 5 giorni dalla data del ricovero e richieda, in assenza di un familiare maggiorenne sul posto, di essere raggiunto da questi, la Centrale Operativa:

- mette a disposizione di quest'ultimo un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe) o in aereo (classe economica) o organizza il viaggio con altro mezzo di trasporto;
- prenota per il familiare un albergo.

La prestazione di cui al secondo punto opera fino alla concorrenza di € 500 per Assicurato e solo per il costo relativo alla camera e alla prima colazione.

Art. D.1.16. – **RIENTRO SANITARIO**

Qualora nel corso di un viaggio, a seguito di malattia o infortunio, vi sia la richiesta di trasferire l'Assicurato presso la sua residenza o in una struttura sanitaria prossima alla sua residenza idonea a garantirgli cure specifiche, la Centrale Operativa, nel caso in cui i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede a:

a. organizzare il trasferimento dell'Assicurato nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici di guardia ritengono più idonei alle sue condizioni tra:

- aereo sanitario appositamente equipaggiato (esclusivamente in Europa e nei Paesi del bacino del Mediterraneo);
- aereo di linea classe economica (eventualmente barellato);
- treno (prima classe);
- autoambulanza;
- altri mezzi adatti alla circostanza;

b. fare assistere l'Assicurato durante il trasferimento da personale medico e/o paramedico, se necessario. In caso contrario l'Assicurato verrà accompagnato compatibilmente con le disponibilità del mezzo di trasporto, da un familiare in viaggio con lui.

La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie internazionali, non sia conseguenza diretta di infortuni occorsi o di malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche ed esami clinici prima della partenza per il viaggio e note all'Assicurato, di uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, di alcolismo, di tossicodipendenza, di AIDS e sindromi correlate, di schizofrenia, di psicosi in genere, di infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali, dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 5.000 per sinistro.

Art. D.1.17. – **RIENTRO DEL CONVALESCENTE**

Qualora nel corso di un viaggio l'Assicurato, a seguito di un ricovero e durante la convalescenza, sia impossibilitato a rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, la Centrale Operativa, nel caso in cui i propri medici di guardia, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario, provvede a:

- organizzare il trasferimento dell'Assicurato alla sua residenza nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici di guardia ritengono più idonei alle sue condizioni tra aereo di linea (classe economica), treno (prima classe), autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza;
- fare assistere l'Assicurato durante il trasferimento da personale medico e/o paramedico se necessario. In caso contrario l'Assicurato verrà accompagnato compatibilmente con le disponibilità del mezzo di trasporto, da un familiare in viaggio con lui.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 5.000 per sinistro.

Art. D.1.18. – **RIENTRO FUNERARIO**

Qualora l'Assicurato deceda nel corso di un viaggio, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il trasporto del corpo fino al luogo d'inumazione, dopo aver adempiuto tutte le formalità.

Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia. La prestazione opera fino alla concorrenza di € 5.000 per sinistro.

Restano a carico dei familiari dell'Assicurato le spese di ricerca del corpo, quelle relative alla cerimonia

funebre ed all'inumazione.

Qualora si renda necessario il riconoscimento del corpo, oppure in caso di disposizioni di legge del luogo che ne impediscano il trasporto o se l'Assicurato ha espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la

Centrale Operativa mette a disposizione di un familiare un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe) o in aereo (classe economica), o organizza il viaggio con altro mezzo di trasporto.

Art. D.2. – **RISCHI ESCLUSI**

L'assicurazione non è operante per spese sostenute dall'Assicurato:

1. a seguito della partecipazione, con qualsiasi veicolo o natante a motore, a competizioni e alle relative prove salvo le gare di regolarità pura;
2. senza autorizzazione della Centrale Operativa;
3. a seguito di pilotaggio di aeromobili, pilotaggio e uso di deltaplani, ultraleggeri, parapendio, nonché guida e uso di mezzi subacquei;
4. per le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fatta eccezione per gli interventi di chirurgia pediatrica;
5. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
6. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi);
7. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzate;
8. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

SEZIONE E – GESTIONE SINISTRI

Art. 1 – **DENUNCIA DI SINISTRO - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO - LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO**

L'Assicurato deve presentare denuncia a Società entro 120 giorni dall'evento.

La denuncia deve essere corredata dalla necessaria documentazione medica; per cure effettuate all'estero le eventuali traduzioni della stessa saranno effettuate a cura dell'Assicurato.

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

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

Ogni denuncia deve essere riferita ad un solo Assicurato e ad un solo evento patologico.

L'utilizzo delle prestazioni assicurate può svolgersi con le seguenti modalità:

- Ricorso a strutture sanitarie e medici entrambi convenzionati con la Società;
- Ricorso a strutture sanitarie e/o medici non convenzionati con la Società;
- Ricorso al Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo

ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato al successivo articolo **2 “Accesso alle strutture Sanitarie.**

Il termine di prescrizione per il rimborso dei sinistri relativi alla presente Polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952 c.c.).

Art. 2 – **ACCESSO ALLE STRUTTURE SANITARIE**

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato, può rivolgersi:

a) Strutture Sanitarie Private non convenzionate

In questo caso le spese relative effettuate e previste dalle garanzie vengono rimborsate all'Assicurato dietro presentazione della documentazione comprovante le spese medesime.

b) Al Servizio Sanitario Nazionale

In questo caso le garanzie sono operanti esclusivamente per le eventuali spese o eccedenze di spese restanti a carico dell'Assicurato, compresi *ticket* sanitari per prestazioni garantite dalla polizza, che vengono integralmente rimborsate nel limite del massimale assicurato dietro presentazione della documentazione comprovante le spese medesime.

c) A Strutture Sanitarie Private convenzionate e medici convenzionati

Previa prenotazione tramite la Centrale Operativa della Società presso strutture con essa convenzionate, tutte le spese indennizzabili relative ai servizi erogati, nei limiti dei massimali previsti, verranno liquidate direttamente dalla Società, senza applicazione di scoperti e/o franchigie. Eventuali spese relative a prestazioni sanitarie specifiche erogate da personale non convenzionato saranno invece soggette a rimborso.

All'interno delle strutture sanitarie possono essere stipulati rapporti di convenzione diretta con medici per attività ambulatoriale e in degenza.

In considerazione delle frequenti variazioni dell'elenco dei medici convenzionati, lo stato di convenzionamento di ogni medico va preventivamente verificato con la centrale operativa della Società.

Modalità di accesso alle prestazioni presso le strutture sanitarie “convenzionate”.

L'assicurato che intenda usufruire di prestazioni sanitarie ambulatoriali o in ricovero presso strutture sanitarie “convenzionate” con “presa in carico diretta”, deve preventivamente prendere contatto con la centrale operativa contattando il numero:

Centrale Informativa:

dall'Italia: 800178455

dall'estero: +39.06.99503401 (a pagamento)

oppure direttamente sul portale dedicato, raggiungibile sul sito www.postewelfareservizi.it, comunicando e trasmettendo:

- generalità e, qualora necessario per l'identificazione, numero di polizza;
- prescrizione medica della prestazione richiesta in cui sia indicata la motivazione e/o il dubbio

diagnostico;

- indicazione della struttura sanitaria e del medico.

La centrale operativa deve fornire all'assicurato, entro 8 (otto) ore lavorative dalla richiesta, tramite sms., e-mail o contatto telefonico, conferma della "presa in carico" o deve esporre i motivi per cui la presa in carico è negata o per la quale deve essere fornita ulteriore documentazione.

Deve altresì fornire l'importo di eventuali franchigie o scoperti contrattuali a carico dell'assicurato, nonché informazioni relative agli istituti e medici convenzionati.

In casi di comprovata urgenza, ove il preavviso non fosse possibile, l'assicurato, entro e non oltre 24 ore dal ricovero in struttura sanitaria convenzionata, potrà chiedere la presa in carico del ricovero stesso.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata e/o al medico convenzionato, le competenze, al netto dell'eventuale scoperto e nei limiti dell'importo indennizzabile, per le prestazioni sanitarie autorizzate.

Qualora, previa presa in carico, venga effettuato un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, saranno a carico della Società, con le eventuali franchigie previste, tutte le spese della struttura convenzionata fatturate in regime di convenzione.

Le spese sostenute per l'equipe medica non convenzionata saranno a carico dell'assicurato e verranno liquidate in forma rimborsuale con le modalità previste dalla lett. a) del presente articolo.

Art. 3 – MODALITA' DI RIMBORSO

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute presso Strutture Sanitarie **non convenzionate** o presso il **Servizio Sanitario Nazionale**, l'Assicurato deve inviare alla sede della Società, tramite la piattaforma raggiungibile al sito www.postewelfareservizi.it o tramite raccomandata a/r a Poste Assicura S.p.A. - Ufficio Sinistri - Viale Europa, 190, 00144 Roma.

il modulo di denuncia di sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzate.

Dopo ogni sinistro, la Società restituisce gli originali dei documenti di spesa, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale dei documenti di spesa, al fine di ottenere un rimborso, la Società liquiderà all'Assicurato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato.

E' in facoltà dell'Assicurato richiedere anticipatamente il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate in misura non superiore del 50% delle stesse, previa contestuale presentazione alla Società di certificazione provvisoria dell'istituto di cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, eventualmente la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.

L'anticipazione delle spese può avere luogo nell'ipotesi che l'ammontare delle stesse non sia inferiore ad € 15.000,00. Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa, si procede al conguaglio attivo o passivo.

Art. 4 – RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia alla facoltà di surroga spettantegli ai sensi dell'art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili del sinistro.

Art. 5 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, la Società, mediante struttura centralizzata dedicata alla gestione dei sinistri e alla liquidazione dei danni, provvede al pagamento dell'indennizzo, in Italia e in valuta corrente italiana, entro 45 giorni.

Art. 6 – CONSULTAZIONE ON LINE

In caso di sinistro, la Società garantisce all'Assicurato la possibilità di visualizzare on line la sua pratica al fine di consentirgli il monitoraggio continuativo dello stato della medesima,

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Il Contraente _____

Il Contraente approva specificatamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 Codice Civile: artt. 4, 5, Sez. E Art. 1 delle Condizioni di Assicurazioni

Il Contraente _____

OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi e di conseguenza sia direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione il Contraente si obbliga a consegnare loro le Condizioni di Assicurazione

Il Contraente _____

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione delle Condizioni di assicurazione.

Il Contraente _____

La Società

ALLEGATO I: ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Neurochirurgia

Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale. Ad esempio:

- craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali;
- asportazione di neoplasie endocrine, di aneurismi o correzione di altre condizioni patologiche;
- operazioni endocraniche per ascesso od ematoma intracranico;
- interventi di derivazione liquorale diretta o indiretta;
- operazioni per encefalo meningocele;
- lobotomia ed altri interventi di psichirurgia;
- talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari;
- interventi per epilessia focale;
- neurotomia retrograsseriana, sezione intracranica di altri nervi;
- emisferectomia;
- idrocefalo ipersecretivo;
- chirurgia endoauricolare della vertigine;
- chirurgia translabyrinthica della vertigine. Interventi di cranio plastica, inclusa la plastica per paralisi del nervo facciale; inclusa la correzione del naso a sella; inclusa la riduzione delle fratture mandibolari con osteosintesi. Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale.

Asportazione tumori dell'orbita per via endocranica.

Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari). Ad esempio:

- interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari.

Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore.

Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mielopatie di altra natura per via posteriore, laterale o trans toracica.

Interventi sul plesso brachiale. Ad esempio:

- vagotomia per via toracica;
- interventi associati sul simpatico cervicale e sui nervi splanchnici. Radiologia oncologica cerebrale con gamma knife.

Oculistica

Interventi per neoplasie del globo oculare e del globo oculare compresi:

- iridociclotomia;
- trabeculectomia;

Intervento di enucleazione del globo oculare.

Otorinolaringoiatra

Asportazione di tumori maligni del cavo orale. Ad esempio:

- parotidectomia con conservazione del facciale;
- asportazione della parotide per neoplasie maligne;
- interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento gangliare

contemporaneo;

- interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento gangliare.

Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia)

Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale). Ad esempio:

- laringectomia orizzontale sopraglottica
- laringectomia parziale verticale
- laringectomia totale
- faringo-laringectomia

Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare. Ad esempio:

- demolizione dell'osso frontale;
- decompressione del nervo facciale;
- decompressione del nervo facciale con innesto o raffia;
- resezione del nervo petroso superficiale;
- resezione del massiccio facciale per neofonnazioni maligne;
- resezione del mascellare superiore;
- operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario;
- frattura del condilo e dell'apofisi coronioide mandibolare: trattamento chirurgico e ortopedico;
- frattura deimascellari superiori: trattamento chirurgico ortopedico; Ricostruzione della catena ossiculare.

Ad esempio:

- chirurgia della sordità otosclerotica.

Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari. Ad esempio:

- timpano plastica.

Chirurgia del collo

Tiroidectomia totale con o senza svuotamento laterocervicale mono o bilaterale.

Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia.

Chirurgia dell'apparato respiratorio

Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici. Ad esempio:

- resezioni segmentarie e lobectomia;
- decorticazione polmonare;
- pleuro-pneumectomia;
- toracectomia;
- toracoplastica;

Interventi per fistole bronchiali. Ad esempio:

- interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi;
- resezione bronchiale con reimpianto;
- interventi per fistole bronchiali cutanee; Interventi per echinococcosi polmonare. Pneumectomia totale o parziale.

Interventi per cisti o tumori del mediastino. Ad esempio:

- asportazione del timo.

Chirurgia cardiovascolare

Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001, Capitale Sociale Euro 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001, REA 1013058 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alla delibera ISVAP n. 2788/2010 • Società appartenente al gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Vita S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.

Poste Assicura S.p.A.

00144, Roma (RM), Viale Europa, 190
Tel.: (+39) 06 549241 • Fax: (+39) 06 54924203
PEC: posteassicura@pec.poste-assicura.it
www.poste-assicura.it

Interventi sul cuore per via toracotomica. Ad esempio:

- pericardiectomia;
- sutura del cuore per ferite;
- interventi per corpi estranei del cuore;
- interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici;
- commissurotomia;
- valvuloplastica della mitrale o dell'aorta;
- sostituzione valvolare con protesi;
- infartectomia in fase acuta;
- resezione aneurisma del ventricolo sinistro;
- by-pass aortocoronarico con vena;
- by-pass aortocoronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro;
- impianto di arteria mammaria secondo Vineber singolo o doppio;
- impianto di pace-maker epicardico per via toracotomica o frenico-pericardica;
- asportazione di tumori endocavitari del cuore.

Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica. Ad esempio:

- operazione per embolia dell'arteria polmonare;
- operazioni sull'aorta toracica.

Interventi sull'aorta addominale per via laparotomia. Ad esempio:

- disostruzione by-pass aorta addominale;
- interventi per la stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca;
- resezione arteriosa con plastica vasale.

Endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale. Ad esempio:

- interventi per stenosi od ostruzione della carotide extra-cranica o succlavia o arteria anonima.

Decompressione della a. vertebrale nel forarne trasversario.

Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi. Ad esempio:

- interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, troncobrachio-cefalico, iliache.

Asportazione di tumore glomico carotideo.

Chirurgia dell'apparato digerente

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago. Interventi con esofago plastica. Ad esempio:

- resezione dell'esofago con esofagoplastica in un tempo;
- interventi per diverticolo dell'esofago;
- collocazione di protesi endoesofagea per via toracolaparotomica;

Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria. Operazioni sull'esofago per stenosi benigne per tumori resezioni parziali basali, alte o totali. Intervento per mega-esofago.

Resezione gastrica totale.

Resezione gastro-digiunale. Ad esempio:

- resezione gastrica
- resezione del tenue
- occlusione intestinale: di varia natura: resezione intestinale;
- resezione anche per ulcera peptica post-anastomica;
- cardiomiectomia extramucosa

Intervento per fistola gastro-digiunocolica. Colectomie totale, emicolectomie e resezioni rettocoliche per

via laparotomica (con o senza colostomia). Ad esempio:

- laparotomia per contusioni o ferite penetranti dell'addome con lesione di organi parenchimali ed em con lesioni dell'intestino: resezione intestinale;
- resezione ileo-cecale

Interventi di amputazione del retto-ano. Ad esempio:

- amputazione del retto per via sacrale;
- amputazione del retto per via addominoperineale.

Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale. Exeresi di tumori dello spazio retro peritoneale.

Drenaggio di ascesso epatico Ad esempio:

- interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastrostomia - colecistoenterostomia) Interventi per echinococcosi epatica.

Resezioni epatiche.

Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari. Ad esempio:

- epatico e coledocotomia;
- papillotomia per via trans-duodenale;

Interventi chirurgici per ipertensione portale. Ad esempio:

- anastomosi porta-cava e spleno-renale;
- splenectomia;
- anastomosi mesenterica-cava.

Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laprotomica. Ad esempio:

- interventi di necrosi acuta del pancreas;
- interventi per fistole pancreatiche;

Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomici. Ad esempio:

- interventi per cisti e pseudocisti del pancreas: enucleazione delle cisti, marsupializzazione.

Interventi per neoplasie pancreatiche Ad esempio: interventi demolitivi del pancreas: totale o della testa odella coda.

Urologia

Nefroureterectomia radicale Ad esempio:

- nefrectomia allargata per tumore;
- nefrectomia per tumore di Wilms.

Surrenalectomia Interventi di cistectomia totale. Ad esempio:

- cistectomia totale con ureterosigmoidostomia.

Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia. Ad esempio:

- interventi per fistola vescico-rettale;
- interventi per fistola vescico-intestinale;
- intervento per estrofia vescicale;
- cura chirurgica di fistola vescico-vaginale;
- cura chirurgica di fistola ureterale;
- ileocisto-plastica - colecisto plastica. Cistoprostatovescicolectomia.

Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale. Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare.

Prostatectomia endoscopica.

Poste Assicura S.p.A.

00144, Roma (RM), Viale Europa, 190
Tel.: (+39) 06 549241 • Fax: (+39) 06 54924203
PEC: posteassicura@pec.poste-assicura.it
www.poste-assicura.it

Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001, Capitale Sociale Euro 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001, REA 1013058 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alla delibera ISVAP n. 2788/2010 • Società appartenente al gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Vita S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.

Ginecologia

Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia. Ad esempio:

- panisterectomia radicale per via addominale;
- panisterectomia radicale per via vaginale;
- eviscerazione pelvica;

Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica, comprensivo di:

- creazione operatoria di vagina artificiale;
- creazione del condotto vaginale con inserimento di protesi;
- creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico;
- cura chirurgica di fistola retto-vaginale;
- metro plastica;

Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia. Ad esempio:

- intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria. Interventi demolitivi a carico della mammella per neoplasia maligna.

Ortopedia e traumatologia

Interventi per costola cervicale. Interventi di stabilizzazione vertebrale. Interventi di resezione di corpi vertebrali.

Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni. Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio.

Trapianto di cartilagine articolare.

Interventi demolitivi per tumori ossei con eventuale trapianto osseo.

Amputazione addomino-pelvica

Reimpianto di arti staccati

Amputazione al di sopra del ginocchio.

Chirurgia pediatrica (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati al momento della nascita)

Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia). Ad esempio:

- cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma). Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite. Ad esempio:
- atresia dell'esofago;
- fistola dell'esofago;
- atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale;
- atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale;
- teratoma sacro-coccigeo;
- fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale. Correzione chirurgica di megaretere congenito.

Correzione chirurgica di megacolon congenito. Ad esempio:

- megaretere: resezione con reimpianto, resezione con sostituzione di ansa intestinale;
- megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson.
- Idrocefalo ipersecretivo

Trapianti di organo

Tutti. Ad esempio:

Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001, Capitale Sociale Euro 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001, REA 1013058 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alla delibera ISVAP n. 2788/2010 • Società appartenente al gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Vita S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.

- trapianto di cornea;
- trapianto cuore e/o arterie;
- trapianto organi degli apparati digerente, respiratorio, urinario.

Chirurgia odontoiatrica

Interventi di innesto osseo per rialzo della cresta alveolare della mandibola o della mascella finalizzato alla successiva esecuzione di un numero di impianti che sia almeno superiore a tre e sempreché questi tipi di interventi siano dovuti a:

- osteiti mascellari;
- neoplasie ossee della mandibola e della mascella;
- cisti follicolari;
- cisti radicolari;
- adamantinoma.

Un aspetto liquidativo specifico di questa tipologia di interventi è la necessità per la Società di esaminare gli esami radiografici precedenti e successivi all'intervento.

Chirurgia Maxillo Facciale

- - interventi per gravi e vaste mutilazioni del viso

ALLEGATO II: ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI

Diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

Ulcere torpide e decubiti

Sovrainfezioni Infezioni urogenitali o sovrainfezioni

Ipertensione instabileNeuropatie

Vasculopatie periferiche, acuta a carattere ischemico o emorragico celebrale .

Insufficienza cardiaca e labile compenso, caratterizzata da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

Dispnea

Edemi declivi estasi polmonare

Ipossiemia

Alterazione equilibrio idro-salino

Riacutizzazione-acuzio

Aritmie

Cardiopatía ischemica Insufficienza

cardiaca congestiziaAngina

instabile

Aritmie gravi

Infarto e complicanze

Morbo di Chron

Insufficienza respiratoria, caratterizzata da almeno tre tra le seguenti manifestazioni:

- Acuta
- Edema o stasi polmonare
- Cronica in trattamento riabilitativo

- Con ossigenoterapia domiciliare e continua con ventilazione domiciliare
- Cronica riacutizzata
- Dispnea
- Edemi declivi

Insufficienza renale acuta, Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico, emodialitico e peritoneale

Neoplasie maligne - accertamenti e cure

Leucemie e linfomi maligni

Emolinfopatie sottoposte a trapianto midollare

Gravi traumatismi - se controindicato intervento chirurgico - comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni

Gravi osteoartropatie e collagenosi con gravi limitazioni funzionali

Patologie neuromuscolari evolutive

Tetraplegia Sclerosi

multipla

Sclerosi laterale amiotrofica

Miopatie

Ustioni gravi (secondo grado) con estensione almeno pari al 20% del corpo

Vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali

Neuroradicoliti

Sclerosi laterale amiotrofica (Sla)

Sclerosi a placche

Sindrome di Guillain Barrè

Distacco della Retina

Encefalite

M. di Parkinson caratterizzato da:

- riduzione attività motoria
- mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta

Stato di Coma

Alzheimer

Paraplegia

Pancreatite acuta

Encefalite acuta

Cirrosi epatica

Epatite fulminante con necrosi epatica

Anemia aplastica con necessità di almeno una delle seguenti terapie:

- emotrasfusioni
- agenti stimolanti il midollo
- agenti immunosoppressivi

Tutti i ricoveri in terapia intensiva a seguito di evento presente nel predetto elenco, ad esclusione di quelli conseguenti a covid 19

Agnesia cerebellare

Atassia cerebellare ereditaria di Marie

Atassia di Friedreich

Malattie mentali e disturbi psichici caratterizzate da una tra le seguenti manifestazioni:

- Disturbi ciclotimici con crisi subentranti o forme croniche gravi

Nevrosi fobico ossessiva grave

Nevrosi isterica grave
Psicosi ossessiva
Sindrome delirante cronica
Sindrome schizofrenica cronica
Sindrome depressiva endogena/esogena grave.

Informativa privacy

ai sensi del Regolamento 2016/679/UE “Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali” (articoli 13 e seguenti)

Poste Assicura S.p.A. (di seguito Compagnia) facente parte del Gruppo Assicurativo Poste Vita appartenente al Gruppo Poste Italiane - con sede in Roma, Viale Europa 190 che opera in qualità di “titolare” del trattamento, desidera fornirLe le indicazioni chiare e semplici circa il trattamento dei Suoi dati personali. In caso di qualsiasi dubbio o chiarimento rispetto a quanto riportato di seguito, La invitiamo a contattarci ai recapiti del Presidio Privacy della Compagnia sotto indicati.

ALCUNE DEFINIZIONI PRINCIPALI

Il «**dato personale**» è qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («**interessato**»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale.

Il «**trattamento**» è qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati applicate a dati personali, quali la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento, la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, la diffusione, la messa a disposizione, il raffronto, l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione, la distruzione.

Il «**Titolare del trattamento**» è la persona giuridica che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento di dati personali.

Il «**Contitolare**» è la persona giuridica che determina congiuntamente ad uno o più Titolari Titolari le finalità e i mezzi del trattamento dei dati personali dell'interessato, le responsabilità in merito all'osservanza degli obblighi derivanti dalla normativa applicabile.

Il «**Responsabile del Trattamento**» è la persona fisica o giuridica che tratta i dati personali per conto del Titolare del trattamento.

Il «**consenso**» dell'interessato è la manifestazione di volontà libera, specifica, informata e inequivocabile dell'interessato, con la quale lo stesso manifesta il proprio assenso, mediante dichiarazione o azione positiva inequivocabile, affinché i dati personali che lo riguardano siano oggetto di trattamento.

Per «marketing» si intende l'espletamento delle attività a carattere commerciale, pubblicitario e promozionale, quale ad esempio in maniera non esaustiva l'invio di materiale pubblicitario, la vendita diretta, il compimento di ricerche di mercato o la comunicazione commerciale, o le attività promozionali svolte nell'ambito di eventi e manifestazioni a premio promosse dalla Compagnia.

La «profilazione» è il trattamento con mezzi informatici e automatizzati consistente nell'utilizzo di tali dati personali per valutare determinati aspetti personali o relativi al rendimento professionale, la situazione economica, le preferenze personali, gli interessi, l'affidabilità nei pagamenti, il comportamento, l'ubicazione o gli spostamenti della persona fisica.

SOGGETTI AUTORIZZATI A TRATTARE I DATI PERSONALI

In relazione al singolo servizio richiesto, La Compagnia potrà trattare i Suoi dati personali unitamente ad altri:

- Titolari, quando determinano le finalità e i mezzi del trattamento esclusivamente per la parte di propria competenza nell'ambito dell'esecuzione del servizio richiesto. Tali soggetti sono tenuti a rendere la propria informativa privacy al cliente;
- Contitolari, quando determinano, congiuntamente al Gruppo Assicurativo Poste Vita, le finalità e i mezzi del trattamento nell'ambito dell'esecuzione di un determinato servizio richiesto. In tal caso l'informativa privacy viene resa dal Contitolare congiuntamente al Gruppo Assicurativo Poste Vita.

Gli incaricati sono i dipendenti del Gruppo Assicurativo Poste Vita e le figure assimilate, addetti materialmente al trattamento dei dati personali e autorizzate dal Titolare, direttamente o per il tramite dei delegati.

Inoltre, per lo svolgimento di alcune attività strumentali all'esecuzione del servizio richiesto, ovvero in relazione ad obblighi di legge e comunque in conformità alla normativa sulla protezione dei dati personali la Compagnia potrà nominare i Responsabili esterni del trattamento (terze parti che effettuano il trattamento dei dati personali per conto della Compagnia).

Per conoscere nel dettaglio le informazioni riguardanti la presenza di eventuali Titolari, Contitolari e dei principali Responsabili in base al servizio richiesto può rivolgersi al Presidio Privacy del Gruppo Assicurativo Poste Vita, tramite i seguenti canali: e-mail: privacy@postevita.it; posta tradizionale: Viale Europa 190 - 00144 Roma.

CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI

Senza che sia necessario un consenso esplicito, la Compagnia potrà comunicare i Suoi dati personali alle seguenti categorie di soggetti:

- intermediari assicurativi e riassicurativi ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; consulenti tecnici ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Compagnia, quali professionisti legali, periti e medici; cliniche convenzionate; società

- di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di consulenza per tutela giudiziaria;
- società di servizi informatici, telematici e di telecomunicazione; società per la lavorazione, elaborazione e archiviazione dei dati; società di servizi postali per le comunicazioni dirette agli interessati; società (es. call center) per attività di assistenza; società di revisione e certificazione delle attività svolte dalla Compagnia anche nell'interesse della clientela; società di assistenza e consulenza; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; soggetti che svolgono attività di garanzia assegni;
 - autorità e organi di vigilanza e controllo e in generale soggetti, pubblici o privati, con funzioni di rilievo pubblicistico (es. IVASS, CONSOB, COVIP, ANIA, CIRT, CONSAP, Banca d'Italia, UIF, ecc.); soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi ai danni degli intermediari finanziari.
 - soggetti che operano, ad esempio, in materia di sistemi elettronici, assistenza, consulenza, qualità, stampa e imbustamento, servizi finanziari e assicurativi, recupero crediti, revisione e certificazione, lavorazioni massive di documenti;
 - soggetti cui tale comunicazione debba essere effettuata per adempiere a prescrizioni dettate da normative nazionali e comunitarie (ad esempio: antiterrorismo, prevenzione delle frodi sulle carte di pagamento, accertamenti fiscali e tributari, prestazione di servizi di investimento) nonché a disposizioni impartite da Organi di Vigilanza e Controllo.

Inoltre, per finalità amministrativo-contabili la Compagnia potrà comunicare i dati personali alle Società del Gruppo Poste Italiane. Tali trattamenti sono connessi allo svolgimento delle attività di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile, a prescindere dalla natura dei dati trattati (in particolare: attività organizzative interne, quelle funzionali all'adempimento di obblighi contrattuali e precontrattuali, alla tenuta della contabilità e all'applicazione delle norme in materia fiscale, previdenziale-assistenziale, di salute, igiene e sicurezza sul lavoro).

DATA PROTECTION OFFICER

Il Data Protection Officer (DPO) è il Responsabile della protezione dei dati personali ed è designato dal Titolare per assolvere alle funzioni espressamente previste dal Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali. Il DPO è reperibile presso l'ufficio del Responsabile della Protezione dei Dati di Poste Italiane, in viale Europa, 175 - 00144 Roma, e-mail: ufficiordp@posteitaliane.it.

ORIGINE DEI DATI PERSONALI

Al fine di fornire i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o previsti a favore dell'interessato, i dati personali che la Compagnia tratta sono raccolti presso l'interessato, al momento della richiesta del prodotto o del servizio oppure nel corso del rapporto contrattuale nonché, presso altri soggetti inerenti al rapporto contrattuale (es. contraenti di assicurazione in cui l'interessato risulti essere assicurato, beneficiario, coobbligati ecc.) e/o intermediari assicurativi e riassicurativi (quali, Poste Italiane S.p.A. - patrimonio Bancoposta, i soggetti addetti all'intermediazione quali dipendenti, collaboratori ed altri incaricati dell'intermediario

stesso per l'attività svolta al di fuori dei locali dove lo stesso opera; agenti; broker di assicurazione, ecc.).

I dati personali possono altresì, essere raccolti, telefonicamente tramite Contact center o corrispondenza elettronica, oppure possono essere ottenuti attraverso altri canali quali, ad esempio, siti web (social network, chat, App, installazione di cookie: per i cookie di terze parti ti invitiamo a prendere visione della relativa informativa pubblicata sui siti delle terze parti). I Suoi dati possono essere associati a identificativi online prodotti dai dispositivi, dalle applicazioni, dagli strumenti e dai protocolli utilizzati, quali gli indirizzi IP, a marcatori temporanei (cookies) o a identificativi di altro tipo. Tali identificativi possono lasciare tracce che, se combinate con identificativi univoci e altre informazioni ricevute dai server, possono essere utilizzate, con il Suo consenso, per creare profili individuali.

BASE GIURIDICA, FINALITA' DEL TRATTAMENTO E DEL CONFERIMENTO DEI DATI

La Compagnia tratta i Suoi dati personali nel quadro delle finalità "assicurative", quando è necessario nell'ambito di un contratto o ai fini della conclusione ed esecuzione di un contratto o dell'esecuzione di misure pre e post contrattuali (es. predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni). Il trattamento dei Suoi dati potrà altresì avvenire in conformità ad un obbligo di legge (es. per adempiere alle disposizioni normative vigenti in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di finanziamento del terrorismo internazionale).

Per finalità amministrativo- contabili, la Compagnia potrà comunicare i Suoi dati personali a Poste Italiane S.p.A. e/o società del Gruppo Poste Italiane. Tali trattamenti sono connessi allo svolgimento delle attività di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile, a prescindere dalla natura dei dati trattati (in particolare: attività organizzative interne, quelle funzionali all'adempimento di obblighi contrattuali e precontrattuali, alla tenuta della contabilità e all'applicazione delle norme in materia fiscale, previdenziale-assistenziale, di salute, igiene e sicurezza sul lavoro).

Per queste finalità il conferimento dei dati è necessario, in mancanza dello stesso non è possibile fornirLe il servizio richiesto.

Il trattamento dei Suoi dati personali potrà inoltre essere considerato lecito quando:

- è necessario per l'esecuzione di un compito svolto nel pubblico interesse;
- è basato sul diritto dell'Unione o di uno Stato membro per l'esercizio di pubblici poteri;
- è necessario per proteggere un interesse essenziale per la vita dell'interessato o di un'altra persona fisica;
- è effettuato per finalità diverse da quelle per le quali i dati personali sono stati inizialmente raccolti, se compatibile con le finalità per le quali i dati personali sono stati inizialmente raccolti;
- è effettuato per legittimo interesse del Titolare del trattamento, o di terzi.

Inoltre, la Compagnia potrà trattare i Suoi dati personali nel caso in cui Lei avesse rilasciato un esplicito e facoltativo consenso per attività di marketing, ovvero per attività di profilazione.

Con il Suo consenso alla profilazione, la Compagnia effettuerà, con mezzi informatici automatizzati, delle analisi o elaborazioni volte a rilevare le preferenze di utilizzo dei servizi offerti al fine di migliorarli e renderli più aderenti alle Sue esigenze, sia aggregando i dati in classi omogenee sia elaborando profili individuali.

Infine, per la fornitura di prodotti e/o servizi assicurativi ed in particolare sia per alcune tipologie di prodotto offerte nell'ambito della linea Protezione sia nell'ambito del servizio di liquidazione sinistri, la Compagnia ha la necessità di trattare **particolari categorie di dati personali**, quali dati relativi alla salute.

Il Suo consenso esplicito per il trattamento di tali dati, raccolto nei limiti delle sole finalità assicurative sopra descritte, verrà richiesto all'interno di specifica modulistica messa a disposizione dell'Interessato (si rinvia a quanto inserito a margine di tale informativa). La Compagnia tratta tali dati necessari esclusivamente per dare seguito a specifici servizi ed operazioni richieste dai clienti, ad esempio, la liquidazione dei sinistri.

La Compagnia potrà effettuare trattamento di dati personali relativi a condanne penali e reati esclusivamente nei casi autorizzati dalla legge o dall'Autorità pubblica.

MODALITA' DI TRATTAMENTO E CONSERVAZIONE DEI DATI

Il trattamento dei Suoi dati personali sarà effettuato in modo da garantire un'adeguata sicurezza e riservatezza e da impedire l'accesso o l'utilizzo non autorizzato dei dati personali. Pertanto, i Suoi dati personali saranno trattati e conservati nel pieno rispetto dei principi di necessità, minimizzazione dei dati e limitazione del periodo di conservazione, mediante l'adozione di misure tecniche ed organizzative adeguate al livello di rischio dei trattamenti e per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati, comunque per il periodo previsto dalla legge.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei ha il diritto di ottenere dalla Compagnia l'accesso alle seguenti informazioni: le finalità del trattamento, le categorie di dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati (compresi destinatari di paesi terzi o organizzazioni internazionali), il periodo di conservazione dei dati personali previsto oppure, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo, l'origine dei dati personali, l'esistenza di un processo di profilazione e informazioni sulla logica utilizzata.

Inoltre, ha il diritto di:

- ottenere la rettifica dei dati personali inesatti;
- ottenere l'integrazione dei dati personali incompleti;
- ottenere la limitazione del trattamento dei dati personali (in tal caso, i dati sono trattati soltanto con il Suo consenso, salvo che per la necessaria conservazione degli stessi);
- opporsi al loro trattamento;
- ottenere la cancellazione («diritto all'oblio»);

- ottenere la portabilità dei dati, ovvero la trasmissione dei Suoi dati personali da un Titolare del trattamento ad un altro, qualora tecnicamente fattibile.

Per esercitare i Suoi diritti, può rivolgersi al **Presidio Privacy** della Compagnia, tramite i seguenti canali: e-mail: privacy@postevita.it; posta tradizionale: Viale Europa 190, 00144 Roma.

DIRITTO DI PROPORRE RECLAMO

Qualora ritenesse che i trattamenti effettuati dalla Compagnia possano aver violato le norme del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali, ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 77 del Regolamento 2016/679/UE.

DIRITTO DI REVOCA DEI CONSENSI E CANALI DI CONTATTO

Le ricordiamo che gli eventuali consensi (es. per finalità di marketing o di profilazione) saranno sempre revocabili. La revoca non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca stessa.

I canali di contatto utilizzati dal Gruppo Assicurativo Poste Vita per effettuare attività di marketing sono: telefono con o senza operatore, posta cartacea, posta elettronica, telefax, messaggi del tipo SMS, MMS, o di altro tipo, siti web. In qualsiasi momento potrà opporsi al trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di marketing, incluse le finalità di profilazione ad esse connesse. Inoltre, se preferisce essere contattato esclusivamente con modalità tradizionali (posta cartacea, telefono con operatore), in qualsiasi momento potrà opporsi anche soltanto ai mezzi automatizzati di contatto (e-mail, sms, mms, fax, telefono senza operatore).

TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A UN PAESE TERZO

Il trasferimento di dati personali da Paesi appartenenti all'UE verso Paesi "terzi" non appartenenti all'UE è vietato, in linea di principio, a meno che il Titolare o il Responsabile del trattamento garantisca un livello di protezione "adeguato". Non verranno effettuati trasferimenti dei dati verso Paesi terzi, fatti salvi i servizi espressamente richiesti dal cliente o gli specifici casi per i quali la Compagnia adoterà adeguate garanzie e provvederà ad informare l'interessato.

TUTELA DEI MINORI

I minori possono essere meno consapevoli dei rischi, delle conseguenze, nonché dei loro diritti in relazione al trattamento dei dati personali, pertanto il Gruppo Assicurativo Poste Vita rivolge loro una specifica protezione, con particolare riguardo all'utilizzo dei dati personali per fini di marketing o di creazione di profili individuali e alla raccolta di dati personali nell'ambito dei servizi forniti direttamente al minore. Per quanto riguarda l'offerta diretta di servizi della società dell'informazione (ovvero qualsiasi servizio prestato per via elettronica), il trattamento di dati personali richiede il consenso esplicito del minore ed è lecito ove il minore abbia

compiuto l'età minima prevista dalla legge applicabile.

(Informativa privacy da firmare e datare al momento della denuncia del sinistro)

Informativa privacy

ai sensi del Regolamento 2016/679/UE "Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali" (articoli 13 e seguenti)

Con riferimento all'Informativa Privacy ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR), ricevuta all'atto di sottoscrizione della polizza per il tramite del Contraente di polizza e comunque reperibile sul sito www.posteassicura.it, Le evidenziamo che per le attività di gestione e di liquidazione dei sinistri, Poste Assicura S.p.A (di seguito Compagnia), in qualità di Titolare del trattamento, si avvale di diversi soggetti ai quali potrebbe comunicare i suoi dati. Si tratta, in particolare, di intermediari assicurativi e riassicurativi (es. broker, agenti), consulenti tecnici ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Compagnia, quali professionisti legali, periti e medici; cliniche convenzionate; società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri. Tali soggetti operano in qualità di Titolari autonomi o di Responsabili.

La informiamo che l'elenco dettagliato di tali soggetti è disponibile scrivendo al Presidio Privacy della Compagnia, tramite i seguenti canali: e-mail privacy@postevita.it, posta tradizionale: Viale Europa, 190 00144 Roma.

Ciò premesso, acconsento al trattamento dei miei dati personali relativi alla salute per le attività di gestione e liquidazione dei sinistri.

Qualora la copertura assicurativa sia estesa ai componenti del Suo nucleo familiare, limitatamente a figli minorenni, Lei si assumerà personalmente ogni tipo di responsabilità rispetto a tutti i dati personali relativi alla salute dei suindicati familiari per le attività di gestione e liquidazione sinistri forniti alla compagnia.

Luogo e data/...../.....

Firma dell'Assicurato (o di chi ne fa le veci)

Le segnaliamo che il consenso al trattamento dei dati relativi alla salute è necessario e che l'eventuale assenza non consente l'avvio della pratica di liquidazione.