Polizza Malattia

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di

Compagnia: BENE Assicurazioni S.p.A. Società Benefit **Prodotto: "Bene Salute"**

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura le spese per le prestazioni mediche derivanti da Malattia e Infortunio, l'Assistenza delle persone assicurate e la Tutela Legale.

Che cosa è assicurato?

Sezione 1- Extraospedaliere

- ✓ Spese mediche per prestazioni extraospedaliere derivanti da malattia e infortunio.
- ✓ Indennizzo forfettario in caso di diagnosi di una delle due Malattie Gravi previste dal contratto di assicurazione. (Cancro e Infarto al Miocardio)

Sezione 2 – Dental

- ✓ Cure odontoiatriche rese necessarie da malattia o infortunio.

Sezione 3 – Rimborso spese mediche

- ✓ Spese mediche per prestazioni ospedaliere derivanti da malattia e infortunio.
- ✓ Spese mediche per prestazioni extraospedaliere derivanti da malattia e infortunio. (Opzionale)
- ✓ Indennizzo forfettario per non autosufficienza. (Opzionale)

Sezione 4 – Assistenza

- ✓ Prestazioni di assistenza medica.
- ✓ Prestazioni di assistenza domiciliare.

Sezione 5 – Tutela Legale

- ✓ Vertenze extracontrattuali per fatto illecito di terzi.
- ✓ Vertenze di natura contrattuale o extracontrattuale nei confronti dei medici e/o strutture sanitarie.
- ✓ Controversie nei confronti di Enti e/o Assicurazioni Previdenziali e Assistenziali connesse a prestazioni originate da malattia.
- ✓ Consulenza legale telefonica.

Che cosa non è assicurato?

Sezione 1 - Extraospedaliere

- ✗ Spese mediche di routine e/o controllo.
- ✗ Spese mediche extraospedaliere non rese necessarie da Malattia e Infortunio.
- ✗ Spese mediche da Infortuni derivanti da gare, allenamenti, pratica di alcuni sport pericolosi.
- ✗ Prestazioni extraospedaliere per finalità estetiche.
- ✗ Cure odontoiatriche da Malattia e Infortunio.
- ✗ Prestazioni rese necessarie da lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie.
- ✗ Spese mediche per disordini alimentari.
- ✗ Trattamenti psicoterapici e spese mediche per malattie mentali e disturbi psichici in genere.

Sezione 2 - Dental

- ✗ Ricostruzioni verticali di denti persi a causa di attrito ed estrazioni di denti da latte.
- ✗ Le spese mediche derivanti da Malattie e Infortuni conseguenti ad atti violenti o aggressioni, nonché azioni delittuose o dolose dell'Assicurato, nonché le imprese temerarie.
- ✗ Le spese mediche derivanti da Infortuni causati dalla pratica di qualsiasi sport professionistico o di sport pericolosi.

Sezione 3 – Rimborso spese mediche

- ✗ Prestazioni mediche non derivanti da Malattia e Infortunio.
- ✗ Ricoveri per check-up clinici.
- ✗ Prestazioni mediche con finalità estetiche.
- ✗ Interruzione volontaria di gravidanze.
- ✗ Spese e gli accertamenti odontoiatrici, le cure ortodontiche.
- ✗ Correzione dei vizi di rifrazione.
- ✗ Lesioni autoinflitte, tentato suicidio, imprese temerarie.
- ✗ Infortuni derivanti da gare professionistiche o allenamenti, nonché quelli derivanti da dalla pratica di alcuni sport pericolosi.
- ✗ Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli, o in conseguenza di proprie azioni delittuose.
- ✗ Prestazioni per disordini alimentari.

Sezione 4 – Assistenza

- ✗ Prestazioni per sinistri provocati da suicidio o tentato suicidio, da Malattie nervose e mentali, nonché le Malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana.

Sezione 5 – Tutela Legale

- ✗ Vertenze con imprese di Assicurazione.
- ✗ Vertenze per danni subiti derivanti da disastro ecologico, atomico, radioattivo.

Ci sono limiti di copertura?

- ! Limiti di età in entrata (64 anni) e in uscita (70 anni)
- ! Sono assicurabili soggetti residenti in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.
- ! Il contratto prevede limiti di indennizzo, franchigie e scoperti per singole garanzie.
- ! Sono previsti periodi di carenza nelle garanzie extraospedaliere, dental e rimborso spese mediche.

Per l'elenco completo vedi l'allegato

Dove vale la copertura?

- ✓ L’assicurazione è valida in tutto il mondo relativamente alle garanzie delle Sezioni : Extraospedaliere , Dental e Rimborso Spese Mediche.
- ✓ L'Assicurazione Assistenza è valida in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.
- ✓ Le garanzie previste dalla Sezione Tutela Legale sono operanti in tutti gli Stati d’Europa nell’ipotesi di danno extracontrattuale, negli altri casi solo in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l’omessa comunicazione dell’aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta nonché la cessazione dell’Assicurazione.
- L’assicurato in caso di sinistro riguardante le garanzie presenti nelle Sezioni Extraospedaliere, Dental e Rimborso Spese Mediche deve darne avviso scritto al TPA di riferimento (MyAssistance) e comunque non oltre 120 gg dalla data di scadenza della polizza.
- L’assicurato in caso di sinistro riguardante la Sezione Assistenza dovrà chiamare il numero 800 327605 dall'Italia o il numero +39 02 24128 391 dall'Estero. Dovrà fornire indicazioni sulla tipologia di assistenza di cui necessita, nome e cognome, indirizzo del luogo in cui si trova e dare un recapito telefonico
- L’assicurato in caso di sinistro riguardante una garanzia della Sezione Tutela Legale dovrà darne denuncia scritta o telefonica a DAS al numero verde 800-28.23.23).

Quando e come devo pagare?

Il Premio di prima rata deve essere pagato all’atto di stipulazione della Polizza mentre il pagamento delle rate successive deve essere pagato entro le ore 24.00 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza di rata.
Puoi pagare il premio tramite assegno bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico oppure con denaro contante nei limiti e con le modalità previste dalla normativa vigente. Il premio è comprensivo di imposte.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L’Assicurazione ha effetto dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno indicato in Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati regolarmente pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 (ventiquattro) del giorno del pagamento.

In mancanza di disdetta mediante comunicazione spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto di durata non inferiore ad un anno è prorogato per un altro anno e così di volta in volta.

Come posso disdire la polizza?

E’ possibile inviare disdetta almeno trenta giorni prima della scadenza della polizza o della scadenza di eventuali rinnovi con lettera raccomandata A.R.

Assicurazione Malattie

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

Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit **Prodotto "Bene Salute"**

Data di realizzazione: 1/5/2023

Il presente documento pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Informazioni sulla Società e sulla sua situazione patrimoniale

Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit sede legale in Via dei Valtorta, 48 – 20127 Milano; tel.02.892.973; sito internet: www.bene.it;
e-mail: info@bene.it; PEC: beneassicurazioni@legalmail.it; impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n. 0237415 del 21/12/2016; numero iscrizione Albo imprese di assicurazione n. 1.00180
Società appartenente al Gruppo assicurativo Bene; numero iscrizione Albo gruppi assicurativi n. 054.

Il patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio d'esercizio approvato, ammonta a 12,6 milioni di euro, di cui 11,0 milioni di euro relativi al capitale sociale e 1,6 milioni di euro relativi alle riserve patrimoniali. Nel corso del secondo trimestre 2018 si è conclusa l'operazione di aumento del capitale sociale per un importo complessivo di 5 milioni di euro. Pertanto, ad oggi il capitale sociale della Società ammonta a 16 milioni di euro.
Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) è pari a 4,5 milioni di euro, mentre il requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a 3,7 milionidi euro. I Fondi Propri ammissibili alla loro copertura sono, rispettivamente, pari a 6,3 milioni di euro e a 5,6 milioni di euro. L'indice di solvibilità (Solvency II Ratio) è quindi pari a 140,1%.
Informazioni di dettaglio sono reperibili all'interno della Relazione sulla Solvibilità e Condizione Finanziaria (SFCR) disponibile sul sito internet della Compagnia www.bene.it/solvency

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Sezione Extra

Garanzie Extraospedaliere
La Società rimborsa, fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese di cui ai punti A. fino a F. sostenute dall'Assicurato durante il periodo di validità della Polizza, rese necessarie da Malattia o Infortunio e decorsi i termini di aspettativa previsti dalla condizioni generali di assicurazione.
I Massimali e limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta si intendono prestati per persona e per anno assicurativo.

A. **Alta Specializzazione**
Vengono rimborsate, entro il Massimale e con gli Scoperti/minimi indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese rese necessarie da Malattia o Infortunio per le prestazioni di "Alta Specializzazione" come da elenco:

Diagnostica di Alta Specializzazione
- Amniocentesi (oltre il 35° (trentacinquesimo) anno di età o in caso di rischio genetico comprovato del feto)
- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Colangiografia

- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) con o senza mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) con o senza mezzo di contrasto
- Tomografia ad Emissione di Positroni (PET)
- Urografia
- Vesciculodeferentografia.

Terapie attinenti patologie oncologiche

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Radioterapia.

Terapie

- Dialisi
- Laserterapia fotodinamica a scopo terapeutico.

Endoscopie con/senza biopsia

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

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100%.

B. Visite specialistiche

Vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese rese necessarie da Malattia o Infortunio per onorari medici per visite specialistiche (effettuate in regime privato o ticket-SSN) prescritte dal medico curante (con esclusione di quelle di medicina generale, pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio).
In caso di Infortunio gli onorari medici per visite specialistiche vengono rimborsati purché l'Infortunio sia oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso o certificazione medica corredata da documentazione clinica oggettiva (es. RX, Ecografia, TAC, RMN etc.).
Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100% (centopercento).

C. Accertamenti diagnostici

Vengono rimborsate, entro il Massimale e con gli Scoperti/minimi indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese rese necessarie da Malattia o Infortunio per accertamenti diagnostici prescritti dal medico curante (con esclusione degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da Infortunio, degli esami di Alta Specializzazione come da elenco al punto A. e gli esami di laboratorio indicati al punto D.).
In caso di Infortunio, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'Infortunio sia oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso o certificazione medica corredata da documentazione clinica oggettiva (es. RX, Ecografia, TAC, RMN etc.).
Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100%(centopercento).

D. Ticket SSN per analisi di laboratorio

Vengono rimborsate, entro il Massimale indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese rese necessarie da Malattia o Infortunio per i soli esami di laboratorio in regime SSN prescritti dal medico curante.

In caso di Infortunio, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'Infortunio sia oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso o certificazione medica corredata da documentazione clinica oggettiva (es. RX, Ecografia, TAC, RMN etc.).

E. Assistenza infermieristica domiciliare

Vengono rimborsate, entro il Massimale e il limite giornaliero indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese per assistenza infermieristica domiciliare prescritta dal medico curante.

F. Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da Infortunio

Vengono rimborsate, entro il Massimale indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese per trattamenti fisioterapici riabilitativi resi necessari da Infortunio accorso in corso di Polizza, purché lo stesso sia oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso, o certificazione medica corredata da documentazione clinica oggettiva (es. RX, Ecografia, TAC, RMN etc.). I trattamenti fisioterapici/riabilitativi per essere rimborsati devono essere prescritti da Medico specialista ed effettuati presso Istituto di Cura, Centro Medico, Medico specialistica o Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia.

Garanzia malattie gravi

La Società corrisponde, per una sola volta nel corso della durata del Polizza un rimborso forfettario ad Assicurato pari a quello indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, in caso di diagnosi opportunatamente comprovata da idonea documentazione medica di una delle seguenti patologie e decorso il periodo di sopravvivenza e i termini di carenza di cui all'Art.24 e all'Art.25:

A. Cancro

Il Cancro è un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale. Il termine "cancro" include linfoma, sarcoma e la Malattia di Hodgkin. Il cancro necessita di intervento chirurgico, e/o di radioterapia e/o di chemioterapia. È necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo

B. Infarto del miocardio

L'infarto del miocardio è la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata conseguente a Malattia coronarica. La diagnosi deve essere sostenuta da tutti e tre i seguenti criteri e ci deve essere diagnosi certa di un nuovo infarto miocardico acuto:

- sintomatologia clinicamente costante con la diagnosi di infarto acuto del miocardio; e
- nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di decorrenza del Contratto; e
- tipica elevazione dei markers biochimici cardiaci specifici, ad esempio CK-MB o Troponina cardiaca.

L'infarto che si verifica durante un intervento sulle arterie coronarie deve risultare in un livello di Troponina cardiaca di almeno 3 (tre) volte il valore di riferimento del laboratorio.

Opzioni Assicurative

L'Assicurato può scegliere quale delle seguenti Opzioni Assicurative intende attivare al momento della stipula e la stessa sarà indicata nella scheda di Polizza.

I Massimali e le limitazioni sono da intendersi per persona e per anno assicurativo

GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE	EXTRA 1	EXTRA 2
	Massimali per persona/anno contrattuale	Massimali per persona/anno contrattuale
A. ALTA SPECIALIZZAZIONE (da elenco) Condizioni Diretta Indiretta Ticket SSN	€ 2.000 Scoperto 15% minimo € 25 Scoperto 20% minimo € 50 Rimborso al 100%	€ 4.000 Scoperto 15% minimo € 25 Scoperto 20% minimo € 50 Rimborso al 100%
B. VISITE SPECIALISTICHE Condizioni Diretta/Indiretta Ticket SSN	Massimo 2 volte: private o ticket Rimborso massimo di € 100 per visita Rimborso al 100%	Massimo 2 volte: private o ticket Rimborso massimo di € 100 per visita Rimborso al 100%

C. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI Condizioni Diretta Indiretta Ticket SSN	GARANZIA NON OPERANTE	€ 500 Scoperto 15% minimo € 25 Scoperto 20% minimo € 50 Rimborso al 100%
D. TICKET SSN PER ANALISI DI LABORATORIO Condizioni Ticket SSN	GARANZIA NON OPERANTE	€ 100 Rimborso al 100%
E. ASSISTENZA INFIERMERISTICA DOMICILIARE Condizioni	€ 40 al giorno – massimo €600	€ 40 al giorno – massimo €600
F. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI DA INFORTUNIO Condizioni	€ 500 Rimborso al 100%	€ 750 Rimborso al 100%
GARANZIA: MALATTIE GRAVI: cancro, infarto del miocardio		
MALATTIE GRAVI: CANCRO, INFARTO DEL MIOCARDIO	€ 5.000 (Rimborso forfettario)	€ 10.000 (Rimborso forfettario)

Sezione Dental

La Società riconosce, entro i limiti indicati nella tabella “Prestazioni Odontoiatriche Assicurate”, le spese odontoiatriche, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto secondo i seguenti Livelli di Protezione (resta inteso che la prevenzione odontoiatrica non è resa necessaria da Malattia o Infortunio):

A. **Prevenzione dentaria**
La Società provvede al pagamento delle spese relative le prestazioni di prevenzione dentaria che dovranno essere effettuate in un'unica soluzione e nei limiti indicati nella tabella “Prestazioni Odontoiatriche Assicurate”.

B. **Cure di primo e secondo Livello**
La Società provvede al pagamento delle spese relative alle cure dentarie di 1°e 2° Livello entro i limiti indicati per ogni prestazione nella tabella “Prestazioni Odontoiatriche Assicurate”. Si precisa che, alcune prestazioni devono essere comprovate da RX o altre certificazioni come indicato alla voce “Vincoli tecnici”.

In fase di acquisto di Polizza non è prevista la compilazione di un Questionario Sanitario

Prestazioni Odontoiatriche Assicurate
L’Assicurato può scegliere se intende attivare solo le prestazioni di igiene/prevenzione dentaria e cure di primo livello oppure se aggiungere alle stesse anche le cure di secondo livello; esse dovranno risultare espressamente indicate nella scheda di Polizza.

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa	Limiti temporali alle prestazioni	Vincoli tecnici
Visita e Prevenzione				
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	sempre gratuita in rete (non prevista in caso di Pagamento indiretto - a rimborso)	1 ogni 12 mesi in un'unica soluzione	
SD08	Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curetaggio manuale superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale e igiene orale	€ 55,00		
SD11	Ionofluorizzazione: Applicazioni topiche oligoelementi	€ 20,00		

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa	Limiti temporali alle prestazioni	Vincoli tecnici
Cure 1° Livello				
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	sempre gratuita in rete (non prevista in caso di Pagamento indiretto - a rimborso)		
SD01	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	€ 22,00		Se necessaria per prestazioni coperte in Polizza
SD02	Radiografia: Endorale per due elementi vicini	€ 22,00	2 ogni 12 mesi	Se non già compresa nella prestazione
SD03	Radiografia: Per ogni radiogramma endorale aggiuntiva	€ 17,00		Se non già compresa nella prestazione
SD12	Otturazione per carie semplice	€ 40,00	2 ogni 12 mesi	
SD13	Otturazione per carie profonde - Cavità di II Classe Black 2 pareti	€ 70,00		
SD14	Otturazione per carie profonde - Cavità di III Classe	€ 70,00		
SD15	Otturazione per carie profonde - Cavità di IV Classe	€ 85,00		
SD16	Otturazione per carie complesse	€ 85,00		
SD30	Estrazione semplice di dente o radice	€ 30,00	2 ogni 12 mesi	
SD31	Estrazione complicata di dente o radice	€ 45,00	1 ogni 12 mese	Comprovata da RX
SD32	Estrazione in inclusione ossea parziale	€ 85,00		
SD33	Estrazione in inclusione ossea totale	€ 151,00		
SD54	Devitalizzazione Monocanalare (compresa anestesia): Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per un canale	€ 70,00	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
SD55	Devitalizzazione Bicanalare (compresa anestesia): Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per due canali	€ 110,00	1 ogni 12 mesi	
SD56	Devitalizzazione Tricanalare (compresa anestesia): Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per tre canali	€ 160,00	1 ogni 12 mesi	
SD57	Devitalizzazioni: Medicazioni canalari e sedute per apecificazione	€ 35,00	Se necessaria per prestazioni coperte in polizza	
SD94	Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica	€ 40,00	1 ogni 12 mesi	Richiesta certificazione del laboratorio

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa	Limiti temporali alle prestazioni	Vincoli tecnici
Cure 2° Livello				
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	sempre gratuita in rete (non prevista in caso di Pagamento indiretto - a rimborso)		
SD98	Ortopantomografia (2 arcate)	€ 45,00	2 ogni 12 mesi	
SD35	Apicectomia con lembo	€ 160,00	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
SD36	Rizotomia	€ 110,00	2 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
SD39	Frenulectomia	€ 140,00	3 ogni 12 mesi	Comprovata da Rx o foto digitale endorale
SD41	Asportazione epulidi con resezione bordo con lembo	€ 185,00		
SD34	Scappucciamento osteomucoso dente incluso	€ 50,00		
SD44	Preparazione arcate pre protesi: Livellamento creste alveolari	€ 105,00		
SD47	Asportazioni cisti mascellari	€ 400,00		
SD27	Molaggio selettivo - Lieve rimodellamento di alcuni denti che impediscono la corretta chiusura	€ 280,00	1 sola volta	
SD29	Placca di svincolo	€ 275,00	1 ogni 24 mesi	Richiesta certificazione del laboratorio

Sezione Rimborso Spese Mediche

La Società rimborsa, fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta le seguenti spese, rese necessarie da Malattia (compreso il parto e l'aborto terapeutico) o Infortunio avvenuto in corso di Contratto.

Garanzia Ospedaliere

A. Ricovero con o senza intervento, Day Hospital con o senza intervento e Intervento Chirurgico Ambulatoriale

1. **Ricovero con/senza intervento chirurgico**
   a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria e materiali di intervento (ivi comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento chirurgico;
   b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi solo in regime di ricovero con intervento, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo del ricovero;
   c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di assistenza diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di assistenza diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
   d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
   e. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi solo a seguito di ricovero con intervento chirurgico, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
   f. assistenza infermieristica privata individuale, nel limite di € 40 (euro quaranta) al giorno per un massimo di 30 8trenta) giorni per evento con intervento chirurgico.
   g. Nel caso di trapianto sono escluse le spese sostenute a fronte di espianto da donatore.

2. **Day Hospital con intervento chirurgico**
   a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria e materiali di intervento (ivi comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento chirurgico;
   b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
   c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di assistenza diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di assistenza diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
   d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
   e. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
   f. assistenza infermieristica privata individuale, nel limite di € 40 (euro quaranta) al giorno per un massimo di 30 (trenta) giorni per evento con intervento chirurgico

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

4. **Intervento Chirurgico Ambulatoriale**
   a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;
   b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto concomitante con l'intervento;
   c. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti l'intervento;
   d. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure termali, effettuati nei giorni successivi all'intervento e resi necessari dall'evento che ha determinato l'intervento medesimo.

5. **Parto Cesareo e aborto terapeutico**
   a. onorari equipe, i diritti di sala di parto, il materiale di intervento;

b. l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
c. retta di degenza. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
d. retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato fino alla data di dimissione della madre dall'ospedale);
e. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
f. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

Le spese di cui ai punti sopra. fino a f. vengono rimborsate secondo il sub-Massimale. Non viene applicato nessuno Scoperto/minimo.

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

6. Parto Fisiologico

a. onorari equipe, i diritti di sala di parto;
b. l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
c. retta di degenza. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
d. retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato fino alla data di dimissione della madre dall'ospedale);
e. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
f. accertamenti diagnostici, medicinali effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

Le spese di cui ai punti sopra a. fino a f. vengono rimborsate secondo il sub-Massimale. Non viene applicato nessuno Scoperto/minimo.

B. Accompagnatore

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

C. Trasporto dell'Assicurato

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

La presente prestazione è prevista nei casi disciplinati alle precedenti lettere A. (escluso punto 4)

D. Rimpatrio Salma

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

Sono escluse dal rimborso le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

E. Indennità sostitutiva

Con riferimento al solo ricovero, qualora le prestazioni disciplinate alla lettera A. punti 1 fino a 6 siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene corrisposta un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero (si intende come tale ogni giorno che comprende anche il pernottamento) e per ogni giorno di Day Hospital entro i limiti indicati nell'Opzione Assicurativa.

Qualora le suddette spese siano solo o in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato potrà scegliere tra l'Indennità Sostitutiva e il rimborso delle spese rimaste a suo carico.

Inoltre, vengono rimborsate, senza applicazione di Scoperto ed entro i limiti previsti, le spese relative a:

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

F. Ticket SSN – ospedaliere

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

Garanzia Extraospedaliere

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

Vengono rimborsate, entro il limite massimo e con gli Scoperti/limiti indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese per le prestazioni di seguito elencate:

Diagnostica di Alta Specializzazione

- Amniocentesi (oltre il 35° anno di età o in caso di rischio genetico comprovato del feto)
- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare con o senza mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) con o senza mezzo di contrasto
- Tomografia ad Emissione di Positroni (PET)
- Urografia
- Vesciculodeferentografia.

Terapie attinenti patologie oncologiche

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Radioterapia.

Terapie

- Dialisi
- Laserterapia fotodinamica a scopo terapeutico.

Endoscopie non comportanti biopsia

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

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100% (centopercento).

H. Visite specialistiche/Analisi di laboratorio/Accertamenti

Vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese per:

1. onorari medici per visite specialistiche prescritte dal medico curante, con esclusione di quelle pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio. In quest'ultimo caso, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'Infortunio sia documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero;
2. analisi di laboratorio ed esami diagnostici prescritti dal medico curante con esclusione di quelli elencati alla lettera G. del presente Articolo e degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da Infortunio; in quest'ultimo caso, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'Infortunio sia documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero. Sono altresì esclusi test di gravidanza, analisi di laboratorio ed ecografie di controllo della gravidanza.

   Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100% (centopercento).

I. Pacchetto Prevenzione

La presente garanzia è valida solo per Assicurati di età superiore a 30 (trenta) anni e può essere eseguita solo in forma diretta presso il Network Sanitario Convenzionato, nel corso del secondo anno di vita del Contratto.
Il pacchetto Prevenzione dovrà essere effettuato in un'unica soluzione e comprende sempre:

- Emocromo completo
- VES
- Azotemia
- Gamma GT
- Glicemia
- Colesterolo totale
- LDL e HDL
- Trigliceridi
- Transaminasi ASL
- Transaminasi ALT
- Esame urine completo
- Pap test (per donne)
- PSA (per uomini)

L'esito degli esami è strettamente personale e verrà consegnato in unica copia esclusivamente all'Assicurato.
L'Assicurato può attivare il pacchetto Prevenzione una volta ogni 2 (due) anni.
Successivamente alla prima attivazione effettuata nel corso del secondo anno di vita del Contratto, le prestazioni di prevenzione seguiranno la stessa cadenza biennale.

J. Rimborso forfettario per Non Autosufficienza

La presente garanzia garantisce l'Assicurato, a fronte di un Premio annuale, nei limiti del Massimale mensile assicurato indicato nell' Opzione Assicurativa, l'Indennizzo di una somma forfettaria mensile quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza.
E' considerata non autosufficiente la persona che si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata e consolidata, di poter compiere 4 (quattro) delle 6 (sei) attività di vita quotidiana (di seguito elencate) senza l'assistenza di una terza persona:

1. Lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia);
2. Vestirsi e Svestirsi: la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed, eventualmente, anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona;
3. Andare al bagno ed usarlo: la capacità di mantenere un livello ordinariamente ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc).
4. Spostarsi: la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e vice versa senza l'aiuto di una terza persona
5. Continenza: la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello ordinariamente ragionevole di igiene personale
6. Alimentarsi: la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.

L'Assicurato, in caso di non autosufficienza e fintanto che persiste tale stato e non oltre il periodo massimo di 3 (tre) anni complessivamente e cumulativamente, percepirà un rimborso forfettario, pari all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa.
Qualora l'Assicurato dovesse recuperare capacità psico-motorie e funzionali che lo rendono nuovamente autosufficiente, lo stesso dovrà darne comunicazione scritta a MyAssistance entro 30 giorni dallo;

l'erogazione del rimborso verrà sospesa con effetto immediato per essere riattivata qualora l'Assicurato ritornasse non autosufficiente.

In caso di decesso dell'Assicurato, gli eredi sono tenuti entro 30 (trenta) giorni dall'evento a darne comunicazione alla Società, il rimborso forfettario mensile da parte della Società cesserà con effetto immediato.

Durante la durata del Contratto sarà indennizzata, a partire dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza riconosciuto all'Assicurato, un pagamento iniziale di € 4.000 (euro quattromila) in aggiunta al rimborso forfettario di € 1.000 (euro mille) . La somma forfettaria non potrà essere riconosciuta per più di una volta in corso di Contratto o durante la vita dell'Assicurato.

Il Premio corrisposto per ciascun Assicurato rimarrà invariato per tutta la durata in cui la Polizza resterà in vita con scatti di Premi relativi agli scaglioni di età successivi. Potranno essere richiesti adeguamenti del Premio indicato nella scheda di Polizza con almeno un preavviso di 60 (sessanta) giorni prima della scadenza. Qualora l'Assicurato non fosse d'accordo con la richiesta di aumento, potrà dichiarare la risoluzione contrattuale dalla scadenza per la quale è stato richiesto l'adeguamento.

1. Condizioni di pagamento delle prestazioni
   Il rimborso forfettario verrà corrisposto, se perdura lo stato di non autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 (novanta) giorni a partire dalla data di denuncia alla Società dello stato di non autosufficienza e in ogni caso, se trascorso il Periodo di Carenza di 6 (sei) mesi dalla data di decorrenza della Polizza per qualsiasi Malattia.
   Non è previsto alcun pagamento retroattivo.
   Il rimborso forfettario sarà corrisposto con cadenza mensile anticipata per tutto il periodo in cui perdurerà lo stato di non autosufficienza e per un periodo massimo complessivo e cumulativo di 3 (tre) anni e comunque non oltre il decesso dell'Assicurato.
   Ogni 12 (dodici) mesi, dovrà essere indirizzato alla Società un documento che attesti l'esistenza in vita dell'Assicurato, la stessa si riserva comunque il diritto di richiederlo ogni qualvolta lo ritenesse necessario. Nel caso in cui l'Assicurato si rifiutasse di sottoporsi ai controlli richiesti o di esibire la documentazione richiesta, il pagamento dell'Indennizzo verrà sospeso.

2. Rivedibilità dello stato di non autosufficienza
   La Società si riserva la facoltà, ove lo ritenga opportuno, di eseguire periodicamente controlli sanitari sullo stato di salute dell'Assicurato attraverso medici di propria fiducia e a proprie spese, richiedendo a tal proposito la documentazione che riterrà più idonea alla valutazione del Sinistro che dimostri oggettivamente lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

Opzioni Assicurative

L'Assicurato può scegliere quale delle seguenti Opzioni Assicurative intende attivare in sede di adesione e la stessa sarà indicata nella scheda di Polizza.

I Massimali e limiti sono da intendersi per persona e per anno assicurativo

Rimborso spese mediche BASIC	
GARANZIE OSPEDALIERE	
A. Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza interv., Intervento chirurgico Amb. Massimale	€ 100.000
Diretta	Rimborso al 100%
Indiretta	Scoperto 20% minimo € 2.000
PRE/POST	90 giorni / 90 giorni
SubMassimali	
Parto Cesareo / Aborto terapeutico	€2.000 (no Scoperti/franchigie)
Parto Fisiologico	€1.000 (no Scoperti/franchigie)
Limite rette di degenza (solo indiretta)	€ 250

B. Accompagnatore	€30 giorno – max. 50gg (no Scoperti/franchigie)
C. Trasporto dell'assicurato	€1.000 (no Scoperti/franchigie)
D. Rimpatrio della salma	€1.000 (no Scoperti/franchigie)
E. Indennità Sostitutiva	€80 giorno – max. 50gg
PRE/POST Sostituita	90 giorni / 90 giorni (Rimborso al 100%)
F. Ticket SSN - ospedaliera	Rimborso al 100%

Rimborso spese mediche ESTESA

GARANZIE OSPEDALIERE	
A. Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza interv., Intervento chirurgico Amb. Massimale	€ 150.000
Diretta	Rimborso al 100%
Indiretta	Scoperto 20% minimo € 2.000
PRE/POST	90 giorni / 90 giorni
SubMassimali	
Parto Cesareo / Aborto terapeutico	€2.000 (no Scoperti/franchigie)
Parto Fisiologico	€1.000 (no Scoperti/franchigie)
Limite rette di degenza (solo indiretta)	€ 250
B. Accompagnatore	€30 giorno – max. 50gg (no Scoperti/franchigie)
C. Trasporto dell'assicurato	€1.000 (no Scoperti/franchigie)
D. Rimpatrio della salma	€1.000 (no Scoperti/franchigie)
E. Indennità Sostitutiva	€80 giorno – max. 50gg
PRE/POST Sostituita	90 giorni / 90 giorni (Rimborso al 100%)
F. Ticket SSN - ospedaliera	Rimborso al 100%
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE	
G. Alta Diagnostica (da elenco) Massimale Condizioni	€ 2.000
Diretta	Scoperto 15% minimo € 25
Indiretta	Scoperto 20% minimo € 50
Ticket SSN	Rimborso al 100%
H. Visite specialistiche / Accertamenti / Analisi di laboratorio Massimale Condizioni	€ 1.000
Diretta	Scoperto 15% minimo € 25
Indiretta	Scoperto 20% minimo € 50
Ticket SSN	Rimborso al 100%

I.	Pacchetto Prevenzione (Biennale per età >30)	Prestazioni coperte come in tabella – Solo in forma Diretta e in un'unica soluzione
J.	Rimborso forfettario per Non Autosufficienza	Pagamento iniziale: € 4.000 Addizionalmente €1.000 mensili per 3 anni

Sezione Assistenza

Le prestazioni Assistenza sotto riportate sono attivabili solo a seguito di una Malattia indennizzabile a termini della garanzia Malattia. Tutte le prestazioni che seguono non coprono casistiche di emergenza o di urgenza.

A.1 Garanzia Base
Si obbliga a mettere a disposizione dell'Assicurato una prestazione di immediato aiuto nel caso in cui esso venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nelle condizioni che seguono, con i limiti e secondo le disposizioni in esse contenuti.

A.2 Gestione dei Sinistri ed erogazione delle prestazioni
La Società, per la gestione e liquidazione dei Sinistri relativi alla presente Sezione, nonché per l'erogazione delle prestazioni di assistenza, si avvale della società IMA Italia Assistance S.p.A. – Piazza Indro Montanelli, 20 – 20099 Sesto San Giovanni e della sua Struttura Organizzativa.

A.3 Prestazioni

1. Consulenza medica telefonica
Qualora l'Assicurato necessiti di una consulenza medica potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad organizzare un consulto telefonico con i propri medici. Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi o prescrizioni. La prestazione è fornita 24h24, 7 gg la settimana. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 118 per le urgenze.

2. Second Opinion Medico Specialistica
Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia grave, indennizzabile da Polizza, desideri far riesaminare la propria documentazione clinica al fine di ottenere una Second Opinion, potrà contattare la Struttura Organizzativa che metterà a disposizione la propria equipe medica per sottoporre il caso al parere di uno specialista presso un centro medico d'eccellenza in Italia o all'estero.
L'Assicurato dovrà spiegare ai medici della Struttura Organizzativa il suo caso per il quale richiede la second opinion e dovrà inviare tutta la documentazione medica relativa in suo possesso. I medici della Struttura Organizzativa verificheranno tutta la documentazione pervenuta e provvederanno ad inviarla al centro medico ritenuto eccellente per la patologia dell'Assicurato.
Entro 10 gg lavorativi dalla ricezione della documentazione, la Struttura Organizzativa invierà all'Assicurato la Second Opinion scientifico-specialistica, se necessario, tradotta in lingua italiana.
La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese riguardanti l'organizzazione e l'erogazione del servizio. Il costo di ulteriori eventuali specifiche indagini cliniche o scientifiche sarà a carico dell'Assicurato. La prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali.

3. Invio di un medico in Italia
Qualora a seguito di Malattia, previa Consulenza telefonica col medico della Struttura Organizzativa, l'Assicurato necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino. La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o 24 ore su 24 sabato e domenica e nei giorni festivi, per un massimo di 3 (tre) volte per anno assicurativo. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 118 per le urgenze.

4. Rientro alla residenza a seguito dimissione ospedaliera
Qualora l'Assicurato, a seguito di un intervento chirurgico avvenuto per Malattia che abbia comportato un ricovero in un Istituto di Cura in Italia, non sia in grado di tornare al proprio domicilio autonomamente con il mezzo inizialmente utilizzato, la Struttura Organizzativa, tramite i propri medici e d'intesa con i medici curanti, definirà le modalità del rientro, tenendo a proprio carico la relativa spesa, e provvederà a organizzare il trasferimento del convalescente alla sua residenza con il mezzo più idoneo: ambulanza, treno (in 1° classe o vagone letto); l'aereo di linea (in classe economica, anche barellato).

5. Monitoraggio del ricovero ospedaliero
A seguito di ricovero ospedaliero per Malattia e su richiesta dell'Assicurato, i medici della Struttura Organizzativa stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa. La prestazione è fornita previa autorizzazione scritta

dell'Assicurato rilasciata al reparto di degenza, in conformità alla normativa sulla privacy D.lgs. 196/2003.

6.Trasferimento in strutture sanitarie specializzate

Qualora l'Assicurato, per un intervento resosi necessario da Malattia e non ritenuto oggettivamente praticabile in una struttura sanitaria della Regione di sua residenza, richieda il proprio trasferimento presso altre strutture sanitarie italiane o estere specializzate per terapie o interventi chirurgici solo là effettuabili, la Struttura Organizzativa nel caso che i propri medici, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario, provvede:

a organizzare il trasferimento dell'Assicurato nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici ritengano più idonei alle sue condizioni tra aereo sanitario, aereo di linea (eventualmente barellato), treno/vagone letto (prima classe), autoambulanza, altri mezzi adatti alla circostanza. Il trasferimento dell'Assicurato con aereo sanitario può avere luogo da tutti i Paesi europei; per tutti gli altri Paesi esso avviene esclusivamente con aereo di linea, eventualmente barellato;

ad assistere l'Assicurato durante il trasferimento, se dai propri medici di guardia giudicato necessario, con personale medico e/o infermieristico.

Tutti i costi di organizzazione e di trasporto, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico inviato sul posto che accompagna l'Assicurato, sono a carico della Struttura Organizzativa. Non danno luogo al trasferimento le Malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie e le Malattie che non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio o che possano essere curate sul posto.

7.Rientro sanitario

Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero subisca una Malattia e le sue condizioni siano tali che i medici della Struttura Organizzativa, d'intesa con i medici curanti sul posto o, in assenza di questi ultimi, con il medico inviato dalla Struttura Organizzativa, ritengano necessario un rientro in un Istituto di cura prossimo alla residenza in Italia, allo scopo di assicurare una cura adeguata alle condizioni del paziente, la Struttura Organizzativa definirà le modalità del rientro e provvederà a:

- organizzare il trasferimento del paziente con il mezzo idoneo:

aereo sanitario;

l'aereo di linea (anche barellato);

l'ambulanza;

il treno 1° classe /vagone letto.

Il rientro dell'Assicurato con aereo sanitario potrà avere luogo da tutti i paesi Europei (Europa geografica) e paesi del Bacino Mediterraneo. Da tutti gli altri paesi il rientro avverrà esclusivamente con aereo di linea, eventualmente barellato e, se necessario, con accompagnamento di personale medico e/o infermieristico.

Tutti i costi di organizzazione e di trasporto del paziente, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico inviato sul posto e che lo accompagnano, sono a carico della Struttura Organizzativa.

Non danno luogo al rientro le Malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie e le Malattie che non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio o che, a giudizio dei medici, non necessitino di rientro sanitario e possano essere curate sul posto.

8.Rientro con un familiare

Qualora l'Assicurato in viaggio necessiti della prestazione "Trasferimento in strutture sanitarie in autoambulanza" e nel caso che non occorra l'assistenza medica o infermieristica, la Struttura Organizzativa provvederà a fare rientrare un familiare in viaggio con lui, con il mezzo utilizzato per il trasferimento dell'Assicurato. L'eventuale costo del trasporto è a carico della Struttura Organizzativa senza limiti per trasferimenti sul territorio nazionale e con il limite di € 500,00 dall'estero.

9.Assistenza ai minorenni

Qualora l'Assicurato in viaggio sia nell'impossibilità, a seguito di Malattia, d'occuparsi di figli minorenni che viaggiano con lui, la Struttura Organizzativa provvede a mettere a disposizione ad una persona indicata dall'Assicurato per prendersi cura di loro, un biglietto d'andata e ritorno, in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o con altro mezzo di trasporto. Il costo del trasporto è a carico della Società senza limiti per trasferimenti sul territorio nazionale e con il limite di € 1.500,00 (euromillecinquecento) fuori dal territorio della Repubblica italiana per Sinistro.

10.Assistenza ai familiari

Nel caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato e qualora i familiari intendano rimanere sul posto per assisterlo, la Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese di rientro all'abitazione o di pernottamento in loco e prima colazione per gli Assicurati, per una durata massima di due notti e fino ad un importo massimo di € 500,00 (euro cinquecento) IVA compresa per Sinistro.

11.Viaggio di un familiare

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato a seguito di Malattia e qualora, in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un familiare, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio del familiare mettendo a disposizione di quest'ultimo un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (1° classe), se il viaggio supera le sei ore, in aereo (classe economica) tenendo a proprio carico i relativi costi. Sono escluse le spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare e qualsiasi altre spesa al di fuori di quelle sopra indicate

12.Informazioni sanitarie

(in funzione dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9,00 alle ore 18,00 esclusi i festivi)

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni riguardanti il servizio sanitario pubblico e/o privato, potrà ottenerle telefonando alla Struttura Organizzativa che fornirà informazioni su:

- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati ecc.);
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli Istituti di Cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti ed uffici competenti;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- medici specialisti.

13.Invio di ambulanza per trasporto programmato in ospedale in Italia, eccetto trasporto primario di urgenza
Qualora a seguito di Malattia e successivamente ad una Consulenza Medica telefonica, necessiti di un trasporto in ambulanza per un ricovero, la Struttura Organizzativa provvederà, su richiesta dell'Assicurato, ad organizzare il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico più vicino. La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico i costi del percorso complessivo (andata/ritorno), fino ad un massimo di € 155,00 (centocinquantacinque) (IVA inclusa) per Sinistro e per un massimo di 3 (tre) volte per anno assicurativo. Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 118 per le urgenze.

14.Traduzione della cartella Clinica
Qualora l'assicurato, a seguito di Malattia, necessiti del consulto con uno specialista straniero ovvero del trasferimento in un istituto di cura all'estero, la Struttura Organizzativa provvederà alla traduzione della cartella clinica dell'assicurato e dell'eventuale diagnosi, tenendo a proprio carico il relativo costo. L'assicurato potrà altresì richiedere la traduzione in lingua italiana della cartella clinica rilasciata dall'istituto di cura straniero presso cui l'assicurato stesso abbia avuto la necessità di ricoverarsi in seguito ad Malattia.

15.Rientro salma
Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero sia deceduto a seguito di Malattia, la Struttura Organizzativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Società a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di € 3.000,00 (euro tremila) ancorché siano coinvolti più Assicurati. Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore ditale importo, la prestazione diventerà operante dal momento in cui la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.
Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

16.Interprete a disposizione
Qualora l'Assicurato, trovandosi all'estero, venisse ricoverato in Istituto di cura e avesse difficoltà a comunicare con i medici perché non conosce la lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete sul posto. I costi dell'interprete saranno a carico della Società per un massimo di 8 ore lavorative.

17.Consegna referti
Qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di Malattia, certificata dal medico curante, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di ritirare per suo conto referti di accertamenti diagnostici effettuati per poi recapitarli presso il proprio domicilio o consegnarli al medico curante.
La Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un corrispondente al domicilio del Cliente, al quale consegnare la delega per il ritiro dei documenti.
La prestazione è fornita con un preavviso di 48 (quarantotto) ore per un massimo di 4 (quattro) volte per Sinistro e per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

18.Consegna farmaci presso l'abitazione
Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia, per le cure del caso, necessiti, secondo prescrizione medica, di specialità medicinali (sempre che commercializzate in Italia), la Struttura Organizzativa provvederà alla ricerca ed alla consegna dei farmaci.
Restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

19.Invio medicinali all'estero
Qualora l'Assicurato, necessiti di medicinali regolarmente prescritti da un medico, introvabili sul posto e purché commercializzati in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà a reperirli ed a inviarli con il mezzo più rapido e nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali.
La Struttura Organizzativa terrà a suo carico le spese relative al reperimento ed alla spedizione dei medicinali, mentre il costo degli stessi resta a carico dell'Assicurato. In alternativa la Struttura Organizzativa potrà fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale.

20.Anticipo spese mediche
Qualora in conseguenza di Sinistro all'estero, l'Assicurato debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Struttura Organizzativa provvederà al pagamento sul posto, per conto dell'Assicurato, di fatture fino ad un importo massimo di € 3.000,00 (euro tremila) per Sinistro.
L'Assicurato deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria ed il suo recapito. Poiché la prestazione rappresenta unicamente un'anticipazione, l'Assicurato deve fornire garanzie bancarie o d'altro tipo, ritenute adeguate dalla Struttura Organizzativa, per la restituzione dell'anticipo.

Assistenza domiciliare in Italia

21.Invio baby sitter

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero in ospedale, a causa di Malattia, si trovi nell'impossibilità di occuparsi dei minori di anni 15 (quinidici), la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente una baby sitter, salvo disponibilità, tenendo a proprio carico l'onorario per un totale di € 50,00 (euro cinquanta) al giorno per un massimo di 5 (cinque)giorni per Sinistro. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

22.Accompagnamento scuola minori (prestazione in alternativa all'invio baby sitter)
Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero in ospedale, a causa di Malattia, si trovi nell'impossibilità di accompagnare a scuola i minori di anni 15 (quindici), la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente all'abitazione dell'Assicurato un taxi tenendo a proprio carico il costo fino ad un Massimale di € 150,00 (euro centocinquanta) complessivi per Sinistro. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

23.Custodia animali
Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero in ospedale a causa di Malattia, e non esistendo la possibilità di affidare i suoi animali domestici ad un familiare, sia impossibilitato ad accudire i propri animali domestici, la Struttura Organizzativa provvederà a custodirli in idonea struttura tenendo a proprio carico le spese di pensionamento fino ad un Massimale di € 200,00 (euro duecento) complessivi per Sinistro. Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione.

Sezione Tutela Legale

La Società assume a proprio carico, nei limiti del Massimale pattuito e delle condizioni previste in Polizza, il rischio dell'assistenza stragiudiziale e giudiziale che si rendano necessarie a tutela dei diritti delle Persone Assicurate, conseguente a un Sinistro rientrante in garanzia.
Rientrano in garanzia le seguenti spese:

a) di assistenza in sede stragiudiziale;
b) per l'intervento di un legale incaricato alla gestione del Sinistro;
c) per l'intervento di un perito/consulente tecnico d'ufficio e/o di un consulente tecnico di parte;
d) di giustizia;
e) di soccombenza, liquidate a favore di controparte, con esclusione di quanto derivante da vincoli di solidarietà;
f) conseguenti ad una transazione autorizzata da DAS, comprese le spese della controparte, sempre che siano state autorizzate da DAS;
g) degli arbitri e del legale intervenuti nel caso in cui una controversia che rientri in garanzia debba essere deferita e risolta in Arbitrato;
h) per accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei Sinistri;
i) per la redazione di denunce, querele, istanze all'autorità giudiziaria;
j) per l'indennità, posta ad esclusivo carico dell'assicurato e con esclusione di quanto derivante da vincoli di solidarietà, spettante agli organismi di mediazione, se non rimborsata dalla controparte a qualunque titolo, nei limiti di quanto previsto nelle tabelle delle indennità spettanti agli organismi pubblici;
k) per l'esecuzione forzata, nel limite dei primi due tentativi;
l) per il contributo unificato per le spese degli atti giudiziari, se non rimborsato dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima.

La garanzia opera per:

1) ottenere il risarcimento di danno extracontrattuale subito per fatto illecito di terzi; qualora l'evento che ha causato la Malattia abbia contestualmente causato anche un danno a cose, la garanzia vale anche per il recupero dei danni materiali;
2) sostenere vertenze di natura contrattuale o extracontrattuale nei confronti di medici o altri professionisti in ambito sanitario o di strutture sanitarie pubbliche o private, ai quali l'Assicurato si sia rivolto per le cure in seguito alla Malattia;
3) sostenere controversie nei confronti di enti e/o assicurazioni previdenziali e assistenziali riferite a prestazioni connesse con la Malattia. Sono escluse le controversie nei confronti di imprese di Assicurazione in relazione a polizze che coprono tale rischio.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO: non previste

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO: non previste

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	In aggiunta a quanto previsto nel D-.I.P.
Sezione Extra	L'Assicurazione non è operante per: 1. le complicanze, le conseguenze dirette ed indirette di infortuni, Malattie e stati patologici diagnosticati e/o conosciuti antecedentemente alla data di decorrenza della Polizza, nonché quelle sottaciute alla Società all'atto della sottoscrizione; 2. le spese relative a visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio e trattamenti fisioterapici/riabilitativi: a. non corredate dall'indicazione della diagnosi sospetta o accertata; b. effettuate presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge; c. per onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale; 3. le spese relative a visite specialistiche, ad accertamenti diagnostici e ad analisi di laboratorio oltre il limite e i Massimali indicati nelle garanzie incluse nell'Opzione Assicurativa prescelta e quanto non espressamente indicato tra le prestazioni rimborsabili nella Sezione 1 – Extra; 4. i farmaci, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio, trattamenti medici e chirurgici di medicina alternativa o non convenzionale e sperimentale nonché quelli effettuati per familiarità o predisposizione genetica; 5. stati patologici correlati direttamente o indirettamente all'H.I.V. e a qualsiasi Malattia che abbia relazioni con l'H.I.V., nonché da Malattie sessualmente trasmesse; 6. gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni; 7. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose; 8. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); 9. gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico; 10. le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale; 11. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo; 12. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti; 13. visite specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio di carattere estetico; 14. le cure odontoiatriche e ortodontiche da Malattia e Infortunio; sono invece incluse le visite specialistiche odontoiatriche e ortodontiche da Infortunio. 15. visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio ed interventi per l'eliminazione o correzione di malformazioni congenite o difetti fisici preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate; 16. le prestazioni sanitari, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e diagnostiche finalizzate alla modifica di caratteri sessuali; 17. visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio e quanto espressamente indicato tra le prestazioni rimborsabili alla Sezione 1 – Extra non ritenute necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia ed Infortunio, 18. trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati, a scopo ricostruttivo: - anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età; - a seguito d'Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza; - a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna; 19. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le

	degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; 20. i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up (ricoveri impropri) Relativamente alla garanzia Malattie Gravi, l'assicurazione non è operante se le stesse risultano direttamente o indirettamente causate da: 1. qualsiasi delle Malattie gravi garantite dalla Polizza di cui l'Assicurato abbia sofferto o siano state diagnosticate prima della data di decorrenza della copertura assicurativa o durante il Periodo di Carenza. 2. dolo del Contraente o del Beneficiario; 3. alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci; 4. Malattie o condizioni patologiche pregresse sottaciute alla Società; 5. sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV) o altra patologia ad essa collegata. Inoltre, relativamente al cancro l'assicurazione non copre: - tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi; - qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione; - tutti i tumori della pelle ad esclusione del melanoma maligno, salvo quanto previsto dal punto successivo; - melanomi uguali o inferiori a 1.0 mm e istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio uguale o inferiore a T1aN0M0; - tutti i tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio inferiore a T2N0M0; - tumori alla tiroide in stadio precoce che misurino meno di 2cm di diametro e istologicamente descritti come T1N0M0 dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione; - qualsiasi forma di cancro in presenza del virus di immunodeficienza HIV, compresi tra gli altri, linfoma o sarcoma di Kaposi; - tutti i tumori che sono recidivi o metastasi di tumori diagnosticati durante il Periodo di Carenza o in precedenza. Inoltre, relativamente all'infarto l'assicurazione non copre: - Angina e altre forme di sindrome coronaria acuto
Sezione Dental	L'assicurazione non è operante per**:** 1. trattamenti e prestazioni odontoiatriche non effettuate da medici odontoiatri professionisti regolarmente iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri; 2. lesioni dentarie da Infortunio durante la pratica di sport per i quali è previsto l'utilizzo del paradenti; 3. sostituzione di protesi rimovibili complete o parziali a causa di rottura mentre non in uso o smarrite; 4. prestazioni di rimozione chirurgica di impianti o parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto sia fisso che rimovibile preesistente all'atto di sottoscrizione della Polizza; 5. trattamenti ortodontici, anche se associati alla chirurgia ortognatica, sia che precedano o seguano l'intervento chirurgico; 6. cura o trattamento medico odontoiatrico non comprese nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate". 7. le prestazioni effettuate e/o fatturate successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione della Polizza, per qualsiasi motivo, anche se la Malattia si è manifestata e l'Infortunio è avvenuto durante il periodo di validità della garanzia; 8. gli infortuni occorsi in conseguenza di uno stato di ubriachezza/ebbrezza, qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada; 9. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai di difficoltà superiore al terzo grado della scala Monaco, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, allenamenti, prove); dalla guida o uso di deltaplani, di ultraleggeri, di parapendio e simili;

	10. tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della stipula della Polizza;
Sezione Rimborso Spese Mediche	L'assicurazione non è operante per: 1. le complicanze, conseguenze dirette e indirette di infortuni, Malattie e stati patologici dichiarati nel Questionario Sanitario (se non comprese mediante specifico atto contrattuale), nonché quelle sottaciute alla Società all'atto della sottoscrizione però già conosciute e/o diagnosticate o comunque insorte a giudizio del medico prima della stipula della Polizza. Restano invece incluse le conseguenze di stati patologici insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula della Polizza e non conosciuti dall'Assicurato come da precedente Art. 43 punto d); 2. le conseguenze dirette e indirette di infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura; 3. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; 4. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine; 5. le spese relative a prestazioni di agopuntura e logopedia, trattamenti fisioterapici salvo quanto previsto dall'Opzione Assicurativa prescelta; 6. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, nonché quelle effettuate per familiarità o per predisposizione genetica inclusi i test genetici; 7. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale; 8. le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche; 9. i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di medicina alternativa o non convenzionale e sperimentale; 10. stati patologici correlati direttamente o indirettamente all'H.I.V. e a qualsiasi Malattia che abbia relazione con l'H.I.V., nonché da Malattie sessualmente trasmesse; 11. gli infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni; 12. guida di qualsiasi veicolo natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione; 13. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); 14. gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico; 15. le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale; 16. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo; 17. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti; 18. trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati, a scopo ricostruttivo: b. anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età; c. a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza; d. a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna; 19. i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di Malattie mentali e i disturbi psichici in genere. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;

	20. le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore di 3 anni assicurati dalla nascita; 21. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali; 22. protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di ricovero e Day Hospital con intervento chirurgico; Relativamente alla garanzia Rimborso Forfettario per la non autosufficienza, sono sempre esclusi gli eventi derivanti da: 1. negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che il rimborso non viene effettuato se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute; 2. incidente aereo se viaggia come membro dell'equipaggio; 3. svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.
Sezione Assistenza	Si conviene che: 1. Tutte le prestazioni non sono dovute per Sinistri provocati o dipendenti da: a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo; c) dolo dell'Assicurato; e) Malattie nervose e mentali, le Malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° (ventiseiesima) settimana di gestazione e dal puerperio; f) Malattie e Infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni; g) le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto. 2. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione. 3. La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile. 4. Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 Cod.Civ. 5. Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del Sinistro. 6. L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai Sinistri formanti oggetto della presente Assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del Sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del Sinistro stesso. 7. La Polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla Polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.
Sezione Tutela Legale	La Società non assume a proprio carico il pagamento di multe o ammende e, fatta eccezione per il contributo unificato e per l'IVA esposta nelle fatture dei professionisti incaricati, gli oneri fiscali che dovessero presentarsi nel corso o alla fine della vertenza. La garanzia è esclusa per: a) Sinistri derivanti da fatti dolosi compiuti dall'Assicurato;

Ci sono limiti di copertura?

Persone assicurabili

Sono assicurabili tutte le persone fisiche con:

- Età minima all'ingresso:
  - 0 (zero) anni
  - 20 (venti) anni compiuti per la sola garanzia alla Sezione - RSM "Rimborso forfettario per la Non Autosufficienza";
- Età massima all'ingresso: 64 (sessantaquattro) anni compiuti;
- Età massima in uscita: 70 (settanta) anni compiuti.

L'età dell'Assicurato sarà calcolata basandosi sull'età raggiunta al momento della sottoscrizione.
L'Assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del Premio successiva al compimento del 70esimo (settantesimo) anno di età.
Sono assicurabili le persone residenti in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

La mancata sottoscrizione del "Questionario Sanitario per la copertura assicurativa_Prodotto EXTRA 1_EXTRA 2" su specifico Allegato "A" per la SEZIONE 1 – EXTRA o del "Questionario Sanitario per la copertura assicurativa_Prodotto RSM" su specifico allegato "B" per la SEZIONE 3 - RSM, che formano parte integrante del Contratto di Assicurazione, rende inoperante la Polizza nei confronti dell'Assicurato che ha omesso la relativa sottoscrizione.

Per le prestazioni elencate alla "SEZIONE 2 - DENTAL" non è prevista la compilazione di un Questionario Sanitario al momento della sottoscrizione della Polizza.

Persone non assicurabili

Indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita non sono assicurabili.
Al manifestarsi di tali affezioni nel corso del Contratto, l'Assicurazione viene a cessare – indipendentemente dall'effettiva valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile senza obbligo per la Società di corrispondere l'Indennizzo.

Per la sola garanzia alla Sezione 3 - RSM "Rimborso forfettario per la Non Autosufficienza", non sono altresì assicurabili coloro che risultassero già affetti da invalidità totale e permanente e/o non autosufficienti o avessero già in corso accertamenti a tale scopo al momento dell'ingresso in Assicurazione.

Relativamente alle Malattie Gravi, la Polizza non prevede il pagamento di alcuna prestazione per le Malattie Gravi, come descritte nella definizioni richiamate in Polizza (di cui all'Art.23 – "Oggetto dell'Assicurazione"), qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nei primi 30 (trenta) giorni successivi alla diagnosi (periodo di sopravvivenza).

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

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

I. avvalersi del Network di Strutture Sanitarie Convenzionate con MyAssistance richiedendo il pagamento diretto alla Società (pagamento diretto);
II. avvalersi di Strutture Sanitarie o di Medici specialistici non convenzionati con MyAssistance, richiedendo successivamente il rimborso alla Società (pagamento indiretto);
III. avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, richiedendo successivamente il rimborso alla Società (pagamento indiretto);

Per le sole analisi di laboratorio la copertura assicurativa è operante esclusivamente in caso di regime SSN (ticket).

Non è previsto alcun rimborso o autorizzazioni in assistenza diretta se le analisi di laboratorio vengono eseguite in regime privato.

1. **Utilizzo di Strutture Sanitarie Convenzionati – pagamento diretto**
   Qualora l'Assicurato decida di avvalersi di Strutture Sanitarie Convenzionati, dovrà attivarsi preventivamente contattando la Centrale Operativa per richiedere l'assistenza diretta.
   La Società paga direttamente al Centro Convenzionato le spese indennizzabili a termini di Contratto, fatta eccezione per eventuali franchigie e/o Scoperti e/o minimi e/o prestazioni non garantite dalla presente Polizza che rimangono a carico dell'Assicurato, secondo l'Opzione Assicurativa prescelta.
   E' necessario verificare in anticipo la possibilità di eseguire le prestazioni in assistenza diretta contattando telefonicamente MyAssistance, ai recapiti indicati al precedente Art. 29.

2. **Utilizzo di Strutture Sanitarie o Medici specialisti non Convenzionati – pagamento indiretto**
   Qualora l'Assicurato decida di avvalersi di Strutture Sanitarie o Medici specialisti non convenzionati, la Società non provvede al pagamento diretto, ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di Contratto, secondo quanto previsto dall'Opzione Assicurativa prescelta per il pagamento indiretto.

3. **Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) - pagamento indiretto**
   Qualora l'Assicurato decida di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Società non provvede al pagamento diretto, ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di Contratto, secondo quanto previsto dall'Opzione Assicurativa prescelta per il pagamento indiretto

Gestione da parte di altre imprese:

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

- dall'Italia da rete fissa: 800 197 303
- dall'estero o da cellulare +39 - 02 – 303500303

MyAssistance è a disposizione degli Assicurati:

- dalle ore 8 alle ore 18 dei giorni feriali, per la prenotazione delle Strutture Sanitarie e dei Medici Chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire supporto medico.

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

(Con riferimento alla sezione dental)

Denuncia di sinistro:

A parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile, in caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso scritto a MyAssistance che gestisce per conto della Società i Sinistri, oppure alla Società, quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre 120 giorni dalla data di scadenza della Polizza.
L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.
L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso di Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato da MyAssistance, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.
L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire

ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato.
Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica del Sinistro in fotocopia, la Società si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale della documentazione medica.
Utilizzando il Network Sanitario Convenzionato l'Assicurato ha sempre l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente a MyAssistance l'autorizzazione al Pagamento diretto.

Procedura liquidativa:

L'Assicurato che necessita di cure odontoiatriche potrà:

1. avvalersi di Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici convenzionati con MyAssistance richiedendo il pagamento diretto alla Società (pagamento diretto);
2. avvalersi di Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici non convenzionati con MyAssistance, richiedendo successivamente il rimborso alla Società (pagamento indiretto);

1. **Utilizzo di Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici Convenzionati – pagamento diretto**

L'Assicurato ha l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente a MyAssistance l'autorizzazione al Pagamento diretto. MyAssistance prenoterà per conto dell'Assicurato l'appuntamento presso il centro odontoiatrico convenzionato.
Durante la prima visita sarà richiesto all'Assicurato di sottoscrivere con il Dentista il proprio Budget Cure Odontoiatriche (BCO) per l'approvazione delle prestazioni incluse nel pacchetto assicurativo. I trattamenti e le prestazioni non compresi nel piano assicurativo verranno fatturate direttamente all'Assicurato.
Il BCO sarà fornito direttamente da MyAssistance al Centro odontoiatrico convenzionato.
Il pagamento che la Società avrà effettuato ai Centri odontoiatrici o medici odontoiatri (Network Sanitario Convenzionato), solleverà la Società stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

2. **Utilizzo di Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici non Convenzionati – pagamento indiretto – a rimborso**

A cura ultimata, l'Assicurato deve inviare la richiesta di Rimborso completa di:

- modulo di rimborso, compilato in ogni sua parte e sottoscritto dall'Assicurato, con eventuale supporto del Dentista;
- copia delle fatture valide ai fini fiscali e quietanzate complete di dettaglio della singola prestazione effettuata, del relativo costo e della data in cui le singole prestazioni sono state eseguite;
- evidenze cliniche (radiografie, ecc.), ove richieste alla voce "Vincoli Tecnici" della tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (Art.37);
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio, referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. OPT, radiografie).

Il modulo di rimborso verrà fornito insieme al Certificato di Polizza, l'Assicurato potrà richiedere lo stesso anche contattando telefonicamente MyAssistance.
La documentazione sopra elencata può essere inviata in forma cartacea o tramite email.
La documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario delle prestazioni e il rimborso avviene a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.
L'erogabilità delle prestazioni assicurate è comunque condizionata alla fatturazione delle stesse da parte di un medico Dentista o di un centro odontoiatrico.
Il rimborso viene sempre effettuato a cura ultimata in Euro.
Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale Europea (BCE).

Gestione da parte di altre imprese:

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

- dall'Italia da rete fissa: 800 197 303
- dall'estero o dal cellulare +39 02 – 303500303

MyAssistance è a disposizione degli Assicurati:

- dalle ore 9 alle ore 19 dei giorni feriali e festivi, per le informazioni sul proprio piano sanitario;
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per la prenotazione, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità

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

(Con riferimento alla sezione rimborso spese mediche)

Denuncia di sinistro:

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

Procedura liquidativa:

L'Assicurato che necessita di spese per prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere potrà:

I. avvalersi del Network Sanitario Convenzionato (Istituti di Cura e Medici specialisti convenzionati) con MyAssistance usufruendo del pagamento diretto da parte della Società (pagamento diretto);
II. avvalersi di Istituti di Cura convenzionate e di Medici specialisti non convenzionati, richiedendo successivamente il rimborso alla Società (pagamento indiretto);
III. avvalersi di Istituti di Cura e medici specialisti non convenzionati, richiedendo successivamente il rimborso alla Società (pagamento indiretto);
IV utilizzare il Servizio Sanitario Nazionale, richiedendo successivamente il rimborso alla Società (pagamento indiretto);

1. **Utilizzo di Istituti di Cura e Medici specialisti convenzionati – pagamento diretto**
   Qualora l'Assicurato decida di avvalersi di Istituti di Cura convenzionati e di Medici specialisti convenzionati, dovrà attivarsi preventivamente con la Centrale Operativa per richiedere l'assistenza diretta. La Società paga direttamente all'Istituto di Cura le spese indennizzabili a termini di Contratto, fatta eccezione per eventuali franchigie e/o Scoperti e/o minimi e/o prestazioni non garantite dalla presente Polizza che rimangono a carico dell'Assicurato, secondo l'Opzione Assicurativa prescelta.
   E' necessario verificare in anticipo la possibilità di eseguire le prestazioni in assistenza diretta contattando telefonicamente MyAssistance.

2. **Utilizzo di Istituti di Cura convenzionati e di Medici specialisti non convenzionati – pagamento indiretto**
   Qualora l'Assicurato decida di avvalersi di Istituti di Cura convenzionati e di Medici specialisti non convenzionati, la Società non provvede al pagamento diretto, ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di Contratto, secondo quanto previsto dall'Opzione Assicurativa prescelta per il pagamento indiretto.

3. U**tilizzo di Istituti di Cura e Medici specialisti non convenzionati – pagamento indiretto**
   Qualora l'Assicurato decida di avvalersi di Istituti di Cura e Medici specialisti non convenzionati, la Società non provvede al pagamento diretto, ma rimborsa all'Assicurato

le spese indennizzabili a termini di Contratto, secondo quanto previsto dall'Opzione Assicurativa prescelta per il pagamento indiretto.

4. **Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) – pagamento indiretto**
Qualora l'Assicurato decida di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Società non provvede al pagamento diretto, ma rimborsa integralmente le eventuali spese sanitarie sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato, purché indennizzabili a termini di Contratto, sempre che l'Assicurato non abbia richiesto per le medesime prestazioni l'erogazione dell'indennità sostitutiva.

Gestione da parte di altre imprese:

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

- dall'Italia da rete fissa: 800 197 303
- dall'estero o da cellulare +39 - 02 – 303500303

MyAssistance è a disposizione degli Assicurati:

- dalle ore 8 alle ore 19 dei giorni feriali e festivi, per le informazioni sul proprio piano sanitario;
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per la prenotazione, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità

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

(Con riferimento alla sezione assistenza)

Per erogare le prestazioni la Struttura Organizzativa sarà a disposizione tutti i giorni dell'anno, 24 (ventiquattro) ore su 24 (ventiquattro),, di tutti gli assicurati che chiameranno ai seguenti numeri: 800327605 oppure 0224128391
In caso d'impossibilità nel contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa potrà farlo tramite fax al n. 02/24128245.
In ogni caso dovrà comunicare con precisione:
1. Il tipo di assistenza di cui necessita
2. Nome e Cognome
4. Indirizzo del luogo in cui si trova
5.Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarla nel corso dell'assistenza.
La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta strettamente necessaria alla erogazione della prestazione di assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dii giustificativi di spese, fatture, ricevute di spese.
In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

(Con riferimento alla sezione Tutela Legale)

Per denunciare un Sinistro, l'Assicurato dovrà segnalare tempestivamente l'accaduto a D.A.S. attraverso una delle seguenti modalità:

1. DENUNCIA TELEFONICA al numero verde 800-28.23.23; gli esperti di D.A.S. raccoglieranno la denuncia, indicheranno i documenti necessari per l'attivazione della garanzia in funzione della tipologia, forniranno tutte le informazioni relative alle modalità di gestione del caso assicurativo e rilasceranno un numero identificativo della pratica.
2. DENUNCIA SCRITTA: la denuncia scritta, unitamente a copia di tutti gli atti e documenti necessari, dovrà essere inviata - alternativamente - a D.A.S.:
   - Per posta elettronica a: Sinistri@das.it
   - Per posta ordinaria a: D.A.S. Spa, Via E. Fermi 9/B, 37135 Verona.

   I documenti necessari da allegare alla denuncia, a titolo esemplificativo, sono:
   - Una sintetica descrizione di quanto accaduto;
   - Generalità e recapiti della controparte;
   - Copia della corrispondenza intercorsa;
   - Copia di contratti, documentazione fiscale e contabile, verbali delle Autorità eventualmente intervenute, documentazione fotografica, ecc.;
   - Copia dell'Informazione di Garanzia o ogni altro Atto civile, penale o amministrativo notificato.

   Tutta la documentazione dovrà essere raccolta a spese dell'Assicurato secondo le norme fiscali di bollo e di registro.
   In mancanza di idonea documentazione a supporto della denuncia, D.A.S. non sarà responsabile di eventuali ritardi nella gestione del caso assicurativo.

	L'Assicurato dovrà far pervenire tempestivamente a D.A.S. la notizia di ogni atto a lui formalmente notificato secondo la normativa vigente, e, comunque, entro il termine utile per la difesa. Contemporaneamente alla denuncia di Sinistro o al momento dell'avvio dell'eventuale fase giudiziale, l'Assicurato può indicare a D.A.S. un legale – residente in una località facente parte del Circondario del Tribunale ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a decidere la controversia – al quale affidare la pratica per il seguito giudiziale, ove il tentativo di bonaria definizione non abbia esito positivo. Se l'Assicurato sceglie un legale non residente presso il Circondario del Tribunale competente, la D.A.S. garantirà gli onorari del domiciliatario, con il limite della somma di € 3.000 (eurotremila). Tale somma è compresa nei limiti del Massimale per Sinistro e per anno. La scelta del legale fatta dall'Assicurato è operante fin dalla fase stragiudiziale, ove si verifichi una situazione di conflitto di interessi con la Società o con D.A.S.
	Prescrizione: Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione si prescrizione in 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o reticenti, dell'Assicurato o del Contraente, rese al momento della stipula del Contratto, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare, in caso di Sinistro, la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
Obblighi dell'impresa	La centrale operativa, ricevuta tutta la documentazione di richiesta del rimborso e solo nel caso in cui tutta la documentazione presentata risulti esaustiva, provvede, se dovuto e al netto delle eventuali limitazioni e/o franchigie previste dal contratto, a comunicare alla Compagnia il benestare al pagamento e quest'ultima si impegna ad effettuare il rimborso delle spese entro 30 giorni dalla data di ricevimento del benestare.

Quando e come devo pagare?

Premio	Il pagamento del Premio, con la periodicità prevista dal presente Contratto, può essere effettuato dal Contraente tramite: - assegni bancari, postali o circolari intestati all'Intermediario, espressamente in tale qualità, oppure alla Società; - ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico che abbiano quale beneficiario l'Intermediario, espressamente in tale qualità, oppure la Società; - denaro contante, nei limiti e con le modalità previsti dalla normativa vigente. Il pagamento del Premio con assegno viene accettato con riserva di verifica e salvo buon fine. È fatto salvo, qualora l'assegno non venga pagato, il disposto dell'art. 1901 del codice civile che disciplina il caso di mancato pagamento del Premio -
Rimborso	Non previsto

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno indicato in Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati regolarmente pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione rimarrà sospesa dalle ore 24 (ventiquattro) del 15° (quindicesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno successivo al pagamento, ferme restando le scadenze successive stabilite dal Contratto, ai sensi dell'Art 1901 del Codice Civile. Trascorso il termine di 15 (quindici) giorni di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del certificato, fermo il diritto ai Premi scaduti nonché di richiederne l'esecuzione. I Premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza oppure alla Società ed è interamente dovuto per l'annualità in corso, anche se ne sia stato concesso il frazionamento semestrale.

	In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza della Polizza, con lettera raccomandata, l'Assicurazione è prorogata per 1 (uno) anno e così successivamente. **Periodi di carenza** **(con riferimento alla garanzia Extraospedaliere)** Le garanzie decorrono: - per gli infortuni: dal momento in cui ha effetto l'Assicurazione; - per le Malattie: dal 90° (novantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione **(con riferimento alla garanzia Malattie Gravi)** Nessuna prestazione verrà pagata per la garanzia Malattie Gravi se durante i primi 90 (novanta) giorni dalla data di effetto della garanzia: a. l'Assicurato presentasse segni e/o sintomi o si sottoponesse ad accertamenti i cui risultati porteranno alla diagnosi di una delle Malattie gravi coperte, indipendentemente dalla data di diagnosi; oppure b. all'Assicurato venisse diagnosticata una delle Malattie gravi coperte ai sensi di Polizza. **(con riferimento alla garanzia Dental)** Per le cure odontoiatriche è definito un termine di aspettativa a partire dalla data di decorrenza della Polizza, come indicato nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate". In questo periodo la copertura è inoperante. **(con riferimento alla garanzia Rimborso Spese Mediche)** Le garanzie decorrono: a) Per gli infortuni: dal momento in cui ha effetto l'Assicurazione; b) Per le Malattie: dal 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione; c) Per il parto: dal 270° (duecentosettantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione; d) Per le conseguenze di stati patologici insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula del Contratto sempre che NON conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipula: dal 180° (centottantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione; e) Per le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e per l'aborto terapeutico la garanzia è operante – con il termine di aspettativa di 60 (sessanta) giorni – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'Assicurazione. Per la sola garanzia "Rimborso Forfettario per la non autosufficienza" il rimborso forfettario verrà corrisposto, se perdura lo stato di non autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 (novanta) giorni a partire dalla data di denuncia alla Società dello stato di non autosufficienza permanente e in ogni caso, se trascorso il Periodo di Carenza di 6 (sei) mesi dalla data di decorrenza della Polizza per qualsiasi Malattia. Qualora la presente Polizza sia stata emessa senza soluzione di continuità (quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa) in sostituzione di altra riguardante gli stessi Assicurati e le stesse garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra decorrono dalle ore 24: - del giorno di decorrenza della precedente Polizza per le prestazioni e le somme assicurate dalla stessa; - del giorno di decorrenza della presente Polizza, limitatamente alle maggiori somme assicurate ed alle diverse prestazioni da essa previste. Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso di questo contratto, i termini di aspettativa decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme assicurate e le diverse prestazioni previste.
Sospensione	Non Prevista

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non previsto

Risoluzione	Ad ogni scadenza annuale con invio di disdetta inviata alla Compagnia almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza della Polizza,

A chi è rivolto questo prodotto?

Alle famiglie e ai singoli individui che desiderano garantirsi una copertura assicurativa di rimborso spese mediche in seguito a malattie e infortuni

Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione 99,99% del premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	SERVIZIO RECLAMI Mail reclami@bene.it Posta Ordinaria Bene Assicurazioni – Servizio Reclami Via dei Valtorta 48, 20127 Milano
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (*indicare quando obbligatori*):	
Mediazione	In caso di controversie di natura medica, sulla natura della Malattia, o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici nonché sui criteri di indennizzabilità le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, al Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo della Malattia ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel quale caso il Collegio può intanto concedere un acconto sull'Indennizzo. Per la risoluzione di eventuali controversie tra le Parti, l'Assicurato in alternativa a quanto precede, ha facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria. .
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Non Previsti

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

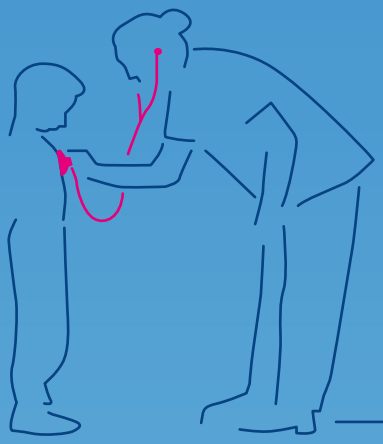
bene ASSICURAZIONI

SALUTE

L'assicurazione per la tutela della salute

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO

Edizione 05/2023



Gruppo Assicurativo Bene

MALATTIA
PERSONA MOBILITÀ ATTIVITÀ

GLOSSARIO

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

Aborto:	interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.
Annualità assicurativa:	il periodo di durata annuale del Contratto
Arbitrato:	è una procedura alternativa al ricorso alla giurisdizione civile ordinaria, che le parti possono concordemente utilizzare per definire una controversia o evitarne l'insorgenza
Assistenza infermieristica:	assistenza prestata da personale infermieristico in possesso dei necessari titoli di legge.
Assicurato/Paziente:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicurazione:	il Contratto mediante il quale la Società, a fronte del pagamento del Premio, si obbliga ad indennizzare o rimborsare all'Assicurato il danno ad esso prodotto dal verificarsi di un Sinistro, entro i limiti convenuti.
BCE:	la Banca Centrale Europea
Budget Cure odontoiatriche (BCO)	documento compilato dal dentista e sottoscritto dall'Assicurato contenente l'insieme di tutte le prestazioni dentarie di cui necessita l'Assicurato
Periodo di Carenza/Termini di aspettativa:	periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale le prestazioni/garanzie non sono operanti.
Cartella Clinica:	documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).
Centro medico:	struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata a trattamenti di natura estetica, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche.
Centrale Operativa:	struttura operativa coordinata dalla Società deputata alla gestione delle informazioni relative ai trattamenti ed alle prestazioni previste dall'Assicurazione, al collegamento col Network ed al supporto dell'Assicurato.
Centro Odontoiatrico convenzionato:	struttura odontoiatrica composta da uno o più Medici Odontoiatri professionisti appartenente al Network.

Certificato di Polizza	il documento rilasciato dalla Società che riporta gli elementi principali dell'Assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, premio, livelli di protezione, ecc)
Chirurgia bariatrica:	detta anche "chirurgia dell'obesità". L'Intervento chirurgico aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).
Contraente:	il soggetto che stipula l'Assicurazione.
Convalescenza:	il periodo successivo alla dimissione dall'Istituto di Cura necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi.
Day Hospital con/senza intervento:	struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, esclusivamente senza pernottamento, che eroga prestazioni chirurgiche eseguite da medici chirurghi specialisti (Day Hospital con intervento) o terapie mediche (Day Hospital senza intervento) con redazione di cartella clinica. Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.
Data di decorrenza:	la data indicata sul Certificato di Polizza dalla quale decorre l'Assicurazione, fatto salvo eventuali termini di aspettativa.
Dentista:	il medico odontoiatra abilitato all'esercizio della professione in Italia e, se fuori dal territorio della Repubblica italiana, il medico odontoiatra iscritto presso il competente ordine professionale.
Difetti fisici:	deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite o congenite.
Documentazione sanitaria e di spesa:	la cartella clinica completa (in caso di Ricovero e Day Hospital), la relazione medica dell'Intervento Chirurgico (in caso di Intervento Ambulatoriale), le prescrizioni ed i referti medici o ogni altra documentazione medica richiesta dalla Società, nonché la documentazione di spesa (originali o fotocopie delle fatture e delle notule, valide ai fini fiscali e quietanzate), integrata dalla descrizione dettagliata delle prestazioni sanitarie effettuate.
Evento Prestazioni Ospedaliere	il singolo ricovero, Day Hospital o intervento chirurgico ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il Ricovero, Day Hospital o l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale.
Evento Prestazioni Extraospedaliere:	l'insieme di tutti gli accertamenti, le visite, trattamenti, cure e gli esami riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente e relativi alla stessa garanzia. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Franchigia:	l'importo contrattualmente stabilito in forma fissa che rimane a carico dell'Assicurato per ogni Sinistro.
Indennità giornaliera:	Indennizzo forfettario giornaliero corrisposto all'Assicurato sia in caso di ricovero in regime SSN che privato.
Indennità sostitutiva:	Indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di ricovero che non comporti il rimborso di spese sanitarie.
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.
Infortunio:	evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obbiettivamente constatabili.
Intermediario:	il soggetto che esercita regolarmente l'attività di cui all'art. 106 del D.Lgs. 209/2005.
Intervento chirurgico:	atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.
Intervento chirurgico ambulatoriale:	l'intervento di piccola chirurgia non in regime di ricovero, effettuato da medico chirurgo presso Istituto di Cura, Centro Medico o studio medico chirurgico.
Intramoenia:	prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di Day Hospital o di Ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria. Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).
Istituto di Cura:	Istituto Universitario, Ospedale, Casa di Cura, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri di benessere.
Livelli di Protezione odontoiatrica:	insieme di prestazioni odontoiatriche ragionevolmente raggruppate per obiettivo terapeutico. I Livelli di Protezione sono: Prevenzione dentaria, Cure di 1° e 2° livello.
Lungodegenza:	ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in Istituti di Cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Malattia:	ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da Infortunio. La gravidanza non è considerata Malattia.
Malattie gravi:	alterazione delle normali condizioni di salute dell'individuo, in conseguenza della quale si verificano gravi ed irreversibili turbe della funzione e /o della struttura di uno o più organi. Per la presente Polizza, sono considerate in garanzia le gravi Malattie descritte alla Sezione 1 – EXTRA "MALATTIE GRAVI: cancro, infarto del miocardio".
Malattia mentale:	tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).
Malformazione:	deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
Massimale/Somma Assicurata:	la disponibilità unica ovvero la spesa massima rimborsabile che danno diritto al rimborso nell'anno di copertura. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per persona e per anno di copertura.
My Assistance:	la Società di servizi che gestisce il servizio di assistenza agli Assicurati e provvede, per conto di Bene Assicurazioni, al pagamento diretto delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, oppure al rimborso agli Assicurati. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie e con i medici chirurghi convenzionati.
Medicina alternativa o complementare (MAC):	le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; osteopatia; chiropratica.
Medico Odontoiatra convenzionato:	il Medico Odontoiatra che aderisce al Network.
Non-autosufficienza:	lo stato di salute che comporti l'impossibilità di una persona di compiere in autonomia almeno 4 (quattro) delle 6 (sei) attività di vita quotidiana (di seguito elencate) in maniera presumibilmente permanente e irreversibile: 1. Lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia); 2. Vestirsi e Svestirsi: la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed, eventualmente, anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona; 3. Andare al bagno ed usarlo: la capacità di mantenere un

livello ordinariamente ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc).

4. Spostarsi: la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e vice versa senza l'aiuto di una terza persona
5. Continenza: la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello ordinariamente ragionevole di igiene personale
6. Alimentarsi: la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.

Nucleo familiare: l'Assicurato che sottoscrive il certificato quale capo nucleo, il coniuge o in alternativa il convivente more uxorio, i figli fiscalmente a carico, anche non conviventi, i figli fiscalmente non a carico purché conviventi (**fino al 26° anno di età**).

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

Pagamento diretto, forma diretta o assistenza diretta: modalità di erogazione della prestazione, che presuppone l'utilizzo del Network Sanitario Convenzionato e l'autorizzazione da parte della Struttura Operativa, con conseguente accollo da parte della Società dei costi delle prestazioni entro i limiti previsti dell'Opzione Assicurativa prescelta.

Pagamento indiretto o forma indiretta o rimborso:

- Prestazioni Ospedaliere/Extraospedaliere: modalità di liquidazione delle prestazioni da parte della Compagnia con rimborso all'Assicurato entro i Massimali e limiti indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta.
- Prestazioni Odontoiatriche: modalità di liquidazione della prestazione da parte della Compagnia con rimborso all'Assicurato fino al raggiungimento dell'importo massimo previsto per ogni prestazione come da Tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (vedasi Art. 37).

Patologia preesistente: alterazione dello stato di salute conosciuta e/o diagnosticata o insorta secondo giudizio medico prima dell'effetto della copertura assicurativa del singolo Assicurato.

Polizza o Contratto: Il documento contrattuale, sottoscritto dalle Parti, che prova l'Assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società

Prevenzione Dentaria: una serie di misure o azioni destinate a promuovere la salute orale che implicano procedure o servizi coperti dalla presente Assicurazione, indicate al fine di evitare la formazione di carie dentarie o Malattie periodontali.

Questionario sanitario per la copertura assicurativa prodotto Extra1 – Extra 2 (Sezione 1):	il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato sulla base delle dichiarazioni fornite dallo stesso, facente parte integrante della Polizza.
Questionario sanitario per la copertura assicurativa prodotto RSM (Sezione 3):	il documento contrattuale che contiene le notizie sanitarie dell'Assicurato. Il documento deve essere compilato prima di stipulare la Polizza e sottoscritto dall'Assicurato stesso o da chi ne esercita la potestà.
Retta di degenza:	trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.
Ricovero:	degenza in Istituto di Cura che comporti almeno 1 (uno) pernottamento.
Ricovero Improprio:	la degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.
Rimborso/Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di Sinistro.
Rimborso forfettario:	la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.
Scoperto:	la parte delle spese sostenute, determinate in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.
Sinistro:	il verificarsi di un evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione
Società:	Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit.
SSN:	Servizio Sanitario Nazionale.
Struttura Operativa:	la struttura che fornisce assistenza telefonica all'Assicurato e provvede alla gestione dei Sinistri relativi alle garanzie di cui alla presente Polizza.
Strutture Sanitarie e Medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato):	rete convenzionata costituita da Ospedali ed Istituti di carattere scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici specialisti, Centri e studi odontoiatrici, Medici Odontoiatrici nonché da professionisti Medici che esercitano nell'ambito di queste, per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente in regime di assistenza diretta.
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi:	prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da Medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da

	Malattia o Infortunio indennizzabili a termine di Polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica. Ogni ciclo di trattamenti fisioterapici e rieducativi deve essere prescritto da Medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.
UE:	Unione Europea
Visita specialistica:	la visita che viene effettuata da Medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da Medici praticanti le medicine alternative. E' esclusa la specializzazione in Medicina Generale e le visite Pediatriche di controllo.

GLOSSARIO valido per la sola SEZIONE ASSISTENZA

In aggiunta al glossario valido per il Contratto in generale

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

GLOSSARIO valido per la sola SEZIONE TUTELA LEGALE

In aggiunta al glossario valido per il Contratto in generale.

Assistenza/Fase stragiudiziale**:** è l'attività che viene svolta tentando una mediazione tra le parti, al fine di comporre bonariamente una controversia ed evitare quindi il ricorso al giudice.

Danno extracontrattuale: è il danno ingiusto derivante da un fatto illecito; tipicamente è il danno subito alla persona o a cose in conseguenza di un comportamento colposo di altre persone. Tra il danneggiato e il responsabile non esiste alcun rapporto contrattuale o, se esiste, non ha alcun nesso con l'evento dannoso.

Fatto illecito**:** qualsiasi fatto commesso in violazione di norme dell'ordinamento giuridico, fuori delle ipotesi di inadempimento contrattuale.

Insorgenza (del Sinistro): il momento nel quale inizia la violazione anche presunta di una norma di legge o di contratto. Ai fini della validità delle garanzie contenute nella sezione Tutela Legale, questo momento deve essere successivo a quello di perfezionamento della Polizza e, se il comportamento contestato è continuato, si prende in considerazione la prima violazione. Più semplicemente, l'insorgenza non è il momento nel quale inizia la controversia o il procedimento, ma quello in cui si verifica la violazione che determina la controversia o il procedimento stesso.

Spese di soccombenza**:** sono le spese che la parte che perde una causa civile dovrà pagare alla parte vittoriosa. Il giudice decide se e in che misura tali spese devono essere addebitate a una delle parti.

Transazione: accordo con il quale le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite già insorta o ne prevengono una che potrebbe nascere.

Vertenza di natura contrattuale: controversia insorta a seguito del mancato rispetto, da una delle parti, di un obbligo derivante da accordi, patti o contratti.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art.1) Dichiarazioni e comunicazioni relative alle circostanze del rischio
Le dichiarazioni inesatte o reticenti, dell'Assicurato o del Contraente, rese al momento della stipula del Contratto, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare, in caso di Sinistro, la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2) Altre assicurazioni
Se per lo stesso rischio coesistono più Assicurazioni, il Contraente, come stabilito dall'art. 1910 del Codice Civile, in caso di Sinistro deve avvisare tutti gli assicuratori, richiedendo a ciascuno l'Indennizzo/Risarcimento dovuto secondo il rispettivo Contratto considerato autonomamente.
Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio sia coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi Integrativi Sanitari.
Rimane salvo il diritto di regresso della Società.

Art. 3) Aggravamento del rischio
L'Assicurato o il Contraente devono dare immediata comunicazione scritta alla Società di qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del rischio e che possano comportare l'aggravamento del rischio stesso. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta in caso di Sinistro, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 4) Effetto dell'Assicurazione
L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno indicato in Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati regolarmente pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno del pagamento.
Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione rimarrà sospesa dalle ore 24 (ventiquattro) del 15° (quindicesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno successivo al pagamento, ferme restando le scadenze successive stabilite dal Contratto, ai sensi dell'Art 1901 del Codice Civile.

Art. 5) Proroga dell'Assicurazione
In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza della Polizza, con lettera raccomandata a.r., l'Assicurazione è prorogata per 1 (uno) anno e così successivamente.

Art. 6) Pagamento e frazionamento del Premio
Il Premio o la prima rata di Premio deve essere pagato all'atto della stipula della Polizza; il pagamento delle rate successive alla prima, anche se ne sia stato concesso il frazionamento semestrale, deve essere eseguito entro le scadenze fissate, secondo le vigenti disposizioni normative e contrattuali.
Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione rimarrà sospesa dalle ore 24 (ventiquattro) del 15° (quindicesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno successivo al pagamento,

ferme restando le scadenze successive stabilite dal Contratto, ai sensi dell'Art 1901 del Codice Civile.

Art. 6.1) Adeguamento Premio

Qualora, alla scadenza del Contratto, la Società intenda apportare variazioni alle condizioni tariffarie e/o contrattuali rispetto a quelle precedentemente convenute, deve darne comunicazione al Contraente almeno 90 (novanta) giorni prima della scadenza. Se il Contraente comunica di non accettare le nuove condizioni tariffarie, o non dichiara di accettare, il Contratto si intende risolto alla scadenza. In ogni caso il pagamento del nuovo Premio e il ritiro della relativa quietanza debbono intendersi come dichiarazione di accettazione delle nuove condizioni proposte.

Art. 7) Anticipata risoluzione

Nei casi di anticipata risoluzione del Contratto prevista dagli Artt. 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" e 8.1 "Persone non assicurabili",
La Società, fermo restando il proprio diritto ad esigere le rate di Premio scadute e rimaste insoddisfatte, provvederà ad emettere appendice di rimborso per la parte di Premio versata e non goduta, al netto dell'imposta, entro 30 (trenta) giorni dalla data in cui si è verificato uno dei casi di anticipata risoluzione previsti dal presente Contratto.

Art. 8) Persone assicurabili

Sono assicurabili tutte le persone fisiche con:

- Età minima all'ingresso:
  - 0 (zero) anni
  - 20 (venti) anni compiuti per la sola garanzia alla Sezione 3 - RSM "Rimborso forfettario per la Non Autosufficienza";
- Età massima all'ingresso: 64 (sessantaquattro) anni compiuti;
- Età massima in uscita: 70 (settanta) anni compiuti.

L'età dell'Assicurato sarà calcolata basandosi sull'età raggiunta al momento della sottoscrizione.
L'Assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del Premio successiva al compimento del 70esimo (settantesimo) anno di età.
Sono assicurabili le persone residenti in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

La mancata sottoscrizione del "Questionario Sanitario per la copertura assicurativa_Prodotto EXTRA 1_EXTRA 2" su specifico Allegato "A" per la SEZIONE 1 – EXTRA o del "Questionario Sanitario per la copertura assicurativa_Prodotto RSM" su specifico allegato "B" per la SEZIONE 3 - RSM, che formano parte integrante del Contratto di Assicurazione, rende inoperante la Polizza nei confronti dell'Assicurato che ha omesso la relativa sottoscrizione.

Art. 8.1) Persone non assicurabili

Indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita non sono assicurabili.
Al manifestarsi di tali affezioni nel corso del Contratto, l'Assicurazione viene a cessare – indipendentemente dall'effettiva valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile senza obbligo per la Società di corrispondere l'Indennizzo.

Per la sola garanzia alla Sezione 3 - RSM "Rimborso forfettario per la Non Autosufficienza" (Art.42 punto J.), non sono altresì assicurabili coloro che risultassero già affetti da invalidità totale e permanente e/o non autosufficienti o avessero già in corso accertamenti a tale scopo al momento dell'ingresso in Assicurazione.
In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dagli articoli 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

Art. 9) Forma delle Comunicazioni
Il Contraente e la Società prestano reciprocamente preventiva ed espressa accettazione di adempiere agli obblighi relativi alla trasmissione di comunicazioni in corso di Contratto anche utilizzando – ove previste - tecniche di comunicazioni a distanza.

Art. 10) Obblighi di consegna documentale
Prima di stipulare l'Assicurazione, è previsto l'obbligo di consegnare al Contraente i seguenti documenti:

a) Richiesta di adesione;
b) Condizioni Generali di Assicurazione;
c) Informativa Privacy (consenso al trattamento dei dati personali e sensibili)

Art. 11) Assicurazione per conto altrui
Se la presente Assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 12) Oneri fiscali - Imposte
Sono a carico della Contraente le imposte e gli altri carichi presenti e futuri stabiliti in conseguenza del Contratto.

Art. 13) Foro competente
Il Foro competente è quello determinabile ai sensi e per l'effetto delle norme in materia previste dal Codice di Procedura Civile.

Art. 14) Estensione territoriale
L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.
Tuttavia i centri odontoiatrici e i medici odontoiatri (Network) sono presenti nel solo territorio italiano.
In caso di cure odontoiatriche effettuate all'estero, la Società rimborserà la spesa sostenuta dall'Assicurato entro gli importi e limitatamente alle prestazioni previste nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (Art. 35).

Art. 15) Rivalsa
La Società si riserva il diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 C.C.

Art. 16) Modifica dell'Assicurazione

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

Art. 17) Controversie / Arbitrato

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

Art. 18) Rinvio alle norme di legge

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

Art. 19) Contratti a distanza – diritto di recesso

Il Contraente, a norma dell'articolo 67 *duodecies* del D. Lgs. n. 206 del 6 settembre 2005 (c.d. Codice del Consumo) e successive modifiche ed integrazioni, qualora il Contratto sia stato collocato a distanza, ha diritto di recedere entro 14 (quattordici) giorni successivi alla data di conclusione, senza dover indicare il motivo. Per esercitare tale diritto, il Contraente deve rivestire la qualifica di "Consumatore" (secondo la definizione di cui all'articolo 67 *ter* comma 1 lett. d) ed articolo 3 comma 1 lettera a) del D.Lgs. n. 206 del 6 settembre 2005 (c.d. Codice del Consumo) e successive modifiche ed integrazioni e deve inviare, prima dello scadere di detto termine di 14 (quattordici) giorni, una dichiarazione espressa a mezzo lettera raccomandata a.r. all'indirizzo della Società, con la quale richiede l'esercizio di tale diritto di recesso e conferma l'assenza di Sinistri. A seguito del recesso il Contraente ha diritto alla restituzione del Premio pagato e non goduto, al netto dell'imposta che, per legge, resta a suo carico. Ai sensi dell'art. 67 *terdecies* comma 1 del D.Lgs. n. 206 del 6 settembre 2005 (c.d. Codice del Consumo), resta comunque alla Società la frazione di Premio relativa al periodo in cui il Contratto ha avuto effetto. Il diritto di recesso non produce effetto qualora sia già avvenuto un Sinistro prima della ricezione da parte della Società della relativa comunicazione o alla data stessa della ricezione. In tali casi, la Società si riserva di tutelare i propri diritti nei confronti del Contraente.

SEZIONE 1 - EXTRA

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Garanzia: EXTRAOSPEDALIERE

Art. 20) Oggetto dell'Assicurazione
La Società rimborsa, fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese di cui ai punti A. fino a F. sostenute dall'Assicurato durante il periodo di validità della Polizza, rese necessarie da Malattia o Infortunio e decorsi i termini di aspettativa di cui all'Art. 22.

I Massimali e limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta si intendono prestati per persona e per anno assicurativo.

A. Alta Specializzazione
Vengono rimborsate, entro il Massimale e con gli Scoperti/minimi indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese rese necessarie da Malattia o Infortunio per le prestazioni di "Alta Specializzazione" come da elenco:

Diagnostica di Alta Specializzazione
- Amniocentesi (oltre il 35° (trentacinquesimo) anno di età o in caso di rischio genetico comprovato del feto)
- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) con o senza mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) con o senza mezzo di contrasto
- Tomografia ad Emissione di Positroni (PET)
- Urografia
- Vesciculodeferentografia.

Terapie attinenti patologie oncologiche
- Chemioterapia

- Cobaltoterapia
- Radioterapia.

Terapie
- Dialisi
- Laserterapia fotodinamica a scopo terapeutico.

Endoscopie con/senza biopsia
- Broncoscopia
- Colonscopia
- Duodenoscopia
- Esofagoscopia
- Gastroscopia
- Rettoscopia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100%.

B. Visite specialistiche
Vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese rese necessarie da Malattia o Infortunio per onorari medici per visite specialistiche (effettuate in regime privato o ticket-SSN) prescritte dal medico curante (con esclusione di quelle di medicina generale, pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio).
In caso di Infortunio gli onorari medici per visite specialistiche vengono rimborsati purché l'Infortunio sia oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso o certificazione medica corredata da documentazione clinica oggettiva (es. RX, Ecografia, TAC, RMN etc.).

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100% (centopercento).

C. Accertamenti diagnostici
Vengono rimborsate, entro il Massimale e con gli Scoperti/minimi indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese rese necessarie da Malattia o Infortunio per accertamenti diagnostici prescritti dal medico curante (con esclusione degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da Infortunio, degli esami di Alta Specializzazione come da elenco al punto A. e gli esami di laboratorio indicati al punto D.).
In caso di Infortunio, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'Infortunio sia oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso o certificazione medica corredata da documentazione clinica oggettiva (es. RX, Ecografia, TAC, RMN etc.).

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100%(centopercento).

D. Ticket SSN per analisi di laboratorio
Vengono rimborsate, entro il Massimale indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese rese necessarie da Malattia o Infortunio per i soli esami di laboratorio in regime SSN prescritti dal medico curante.
In caso di Infortunio, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'Infortunio sia oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso o certificazione medica corredata da documentazione clinica oggettiva (es. RX, Ecografia, TAC, RMN etc.).

E. Assistenza infermieristica domiciliare
Vengono rimborsate, entro il Massimale e il limite giornaliero indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese per assistenza infermieristica domiciliare prescritta dal medico curante.

F. Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da Infortunio
Vengono rimborsate, entro il Massimale indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese per trattamenti fisioterapici riabilitativi resi necessari da Infortunio accorso in corso di Polizza, purché lo stesso sia oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso, o certificazione medica corredata da documentazione clinica oggettiva (es. RX, Ecografia, TAC, RMN etc.). I trattamenti fisioterapici/riabilitativi per essere rimborsati devono essere prescritti da Medico specialista ed effettuati presso Istituto di Cura, Centro Medico, Medico specialistica o Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia.

Art. 21) Servizi aggiuntivi
L'Assicurato ha la possibilità di usufruire di tariffe agevolate presso il Network Sanitario Convenzionato per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio e cure odontoiatriche.
Per usufruire delle tariffe agevolate l'Assicurato dovrà presentare la Card elettronica di riconoscimento.

Art. 22) Periodi di carenza – Garanzia: Extraospedaliere
Le garanzie decorrono:
- per gli infortuni: dal momento in cui ha effetto l'Assicurazione;
- per le Malattie: dal 90° (novantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione.

Garanzia: MALATTIE GRAVI cancro, infarto del miocardio

Art. 23) Oggetto dell'Assicurazione
La Società corrisponde, per una sola volta nel corso della durata del Polizza un rimborso forfettario ad Assicurato pari a quello indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, in caso di diagnosi opportunatamente comprovata da idonea documentazione medica di una delle seguenti patologie e decorso il periodo di sopravvivenza e i termini di carenza di cui all'Art.24 e all'Art.25:

1. Cancro

a. Definizione di "Cancro"
Il Cancro è un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale. Il termine "cancro" include linfoma, sarcoma e la Malattia di Hodgkin. Il cancro necessita di *intervento chirurgico,* e/o di radioterapia e/o di chemioterapia. È necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.

b. Dalla garanzia sono esclusi:
- tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi;
- qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;
- tutti i tumori della pelle ad esclusione del melanoma maligno, salvo quanto previsto dal punto successivo;

- melanomi uguali o inferiori a 1.0 mm e istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio uguale o inferiore a T1aN0M0;
- tutti i tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio inferiore a T2N0M0;
- tumori alla tiroide in stadio precoce che misurino meno di 2cm di diametro e istologicamente descritti come T1N0M0 dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;
- qualsiasi forma di cancro in presenza del virus di immunodeficienza HIV, compresi tra gli altri, linfoma o sarcoma di Kaposi;
- tutti i tumori che sono recidivi o metastasi di tumori diagnosticati durante il Periodo di Carenza o in precedenza.

2. Infarto del miocardio

a. Definizione "Infarto del miocardio"

L'infarto del miocardio è la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata conseguente a Malattia coronarica.
La diagnosi deve essere sostenuta da **tutti e tre** i seguenti criteri e ci deve essere diagnosi certa di un nuovo infarto miocardico acuto:

- sintomatologia clinicamente costante con la diagnosi di infarto acuto del miocardio; e
- nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di decorrenza del Contratto; e
- tipica elevazione dei markers biochimici cardiaci specifici, ad esempio CK-MB o Troponina cardiaca.

L'infarto che si verifica durante un intervento sulle arterie coronarie deve risultare in un livello di Troponina cardiaca di almeno 3 (tre) volte il valore di riferimento del laboratorio.

b. Dalla garanzia sono esclusi:

- Angina e altre forme di sindrome coronaria acuto

Validità della garanzia Malattie Gravi

Il rimborso forfettario viene corrisposto all'Assicurato una sola volta nell'arco dell'intera durata della Polizza e solo se viene diagnosticata per la prima volta una Malattia Grave, indennizzabile ai sensi di Polizza.
Nel caso in cui all'Assicurato venga riconosciuto il rimborso forfettario per una delle Malattie Gravi, descritte nelle definizioni del presente articolo, la garanzia non sarà più operante per tutte le altre Malattie Gravi indennizzabili ai sensi di Polizza.
Al primo rinnovo della Polizza, la garanzia Malattie Gravi cesserà e verrà sostituita, in automatico, dalla garanzia "Indennità giornaliera da ricovero con intervento chirurgico (escluso parto cesareo e aborto)", come di seguito descritta.

Indennità giornaliera da ricovero con intervento chirurgico (escluso parto cesareo e aborto) attivata in sostituzione della garanzia Malattie Gravi, per inoperatività della stessa.

La Società riconosce all'Assicurato, in caso di ricovero con intervento chirurgico (escluso il parto cesareo e aborto) reso necessario da Malattia e Infortunio, un'indennità giornaliera pari ad € 50 (euro cinquanta) per ogni giorno di ricovero che comprende anche il pernottamento e per un massimo di 15 (quindici) giorni l'anno.
L'Indennizzo verrà corrisposto a partire dal terzo giorno di ricovero (per i primi due giorni non verrà riconosciuta alcuna indennità) su base continuativa oppure se vi è trasferimento

ad altro reparto ospedaliero o ad altro Istituto di Cura, come risultante da cartella clinica e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

Art. 24) Periodo di sopravvivenza – Garanzia: Malattie Gravi
La Polizza non prevede il pagamento di alcuna prestazione per le Malattie Gravi, come descritte nella definizioni richiamate in Polizza (di cui all'Art.23 – "Oggetto dell'Assicurazione"), qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nei primi 30 (trenta) giorni successivi alla diagnosi (periodo di sopravvivenza).

Per aver diritto alla prestazione, dovranno essere soddisfatti **tutti** i seguenti requisiti:
- l'Assicurato deve essere in vita al momento della denuncia del Sinistro e deve firmare la denuncia e la relativa documentazione;
- l'Assicurato deve essere colpito da una delle Malattie Gravi come descritte nelle definizioni richiamate in Polizza (di cui all'Art. 23 - "Oggetto dell'Assicurazione") e tutti i criteri specificati nella definizione devono essere soddisfatti;
- deve essere presentata tutta la documentazione necessaria ai fini della valutazione del Sinistro.

Nessuna prestazione verrà corrisposto per le Malattie Gravi diagnosticate successivamente al decesso dell'Assicurato.

Art. 25) Periodi di carenza – Garanzia Malattie Gravi
Nessuna prestazione verrà pagata per la garanzia Malattie Gravi, come descritte nella definizioni richiamate in Polizza (di cui all'Art.23 – "Oggetto dell'Assicurazione"), se durante i primi 90 (novanta) giorni dalla data di effetto della garanzia:
a. l'Assicurato presentasse segni e/o sintomi o si sottoponesse ad accertamenti i cui risultati porteranno alla diagnosi di una delle Malattie gravi coperte, indipendentemente dalla data di diagnosi; oppure
b. all'Assicurato venisse diagnosticata una delle Malattie gravi coperte ai sensi di Polizza.

Art. 26) Esclusioni a valere per tutte le garanzie della SEZIONE 1 – EXTRA
L'Assicurazione non è operante per:
1. le complicanze, le conseguenze dirette ed indirette di infortuni, Malattie e stati patologici diagnosticati e/o conosciuti antecedentemente alla data di decorrenza della Polizza, nonché quelle sottaciute alla Società all'atto della sottoscrizione;
2. le spese relative a visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio e trattamenti fisioterapici/riabilitativi:
a. di routine e/o controllo, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine;
b. non corredate dall'indicazione della diagnosi sospetta o accertata;
c. effettuate presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge;
d. per onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
3. le spese relative a visite specialistiche, ad accertamenti diagnostici e ad analisi di laboratorio oltre il limite e i Massimali indicati nelle garanzie incluse nell'Opzione Assicurativa prescelta e quanto non espressamente indicato tra le prestazioni rimborsabili nella Sezione 1 – Extra;
4. i farmaci, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio, trattamenti medici e chirurgici di medicina alternativa o non convenzionale e sperimentale nonché quelli effettuati per familiarità o predisposizione genetica;
5. stati patologici correlati direttamente o indirettamente all'H.I.V. e a qualsiasi Malattia che abbia relazioni con l'H.I.V., nonché da Malattie sessualmente trasmesse;
6. gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
7. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza

di proprie azioni delittuose;

8. le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
9. gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
10. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove);
11. gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
12. le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
13. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
14. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
15. visite specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio di carattere estetico;
16. i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di Malattie mentali e i disturbi psichici in genere. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;
17. le cure odontoiatriche e ortodontiche da Malattia e Infortunio; sono invece incluse le visite specialistiche odontoiatriche e ortodontiche da Infortunio.
18. visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio ed interventi per l'eliminazione o correzione di malformazioni congenite o difetti fisici preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate;
19. le prestazioni sanitari, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e diagnostiche finalizzate alla modifica di caratteri sessuali;
20. i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
21. visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio e quanto espressamente indicato tra le prestazioni rimborsabili alla Sezione 1 – Extra non ritenute necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia ed Infortunio,
22. trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati, a scopo ricostruttivo:
    - anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
    - a seguito d'Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza;
    - a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna;
23. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
24. i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up (ricoveri impropri)

Art. 27) Esclusioni in aggiunta alla SEZIONE 1 – EXTRA valide per la sola garanzia "Malattie Gravi": La garanzia non opera se le Malattie Gravi, come descritte nella definizioni richiamate in Polizza (di cui all'Art.23 – "Oggetto dell'Assicurazione"), risultano direttamente o indirettamente causate da:

1. qualsiasi delle Malattie gravi garantite dalla Polizza di cui l'Assicurato abbia sofferto o siano state diagnosticate prima della data di decorrenza della copertura assicurativa o durante il Periodo di Carenza.
2. dolo del Contraente o del Beneficiario;
3. alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
4. Malattie o condizioni patologiche pregresse sottaciute alla Società;
5. sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV) o altra patologia ad essa collegata.

Art. 28) Opzioni Assicurative Sezione 1 – EXTRA

L'Assicurato può scegliere quale delle seguenti Opzioni Assicurative intende attivare al momento della stipula e la stessa sarà indicata nella scheda di Polizza.

I Massimali e le limitazioni sono da intendersi per persona e per anno assicurativo

GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE	EXTRA 1	EXTRA 2
	Massimali per persona/anno contrattuale	Massimali per persona/anno contrattuale
A. ALTA SPECIALIZZAZIONE (da elenco) Condizioni Diretta Indiretta Ticket SSN	€ 2.000 Scoperto 15% minimo € 25 Scoperto 20% minimo € 50 Rimborso al 100%	€ 4.000 Scoperto 15% minimo € 25 Scoperto 20% minimo € 50 Rimborso al 100%
B. VISITE SPECIALISTICHE Condizioni Diretta/Indiretta Ticket SSN	Massimo 2 volte: private o ticket Rimborso massimo di € 100 per visita Rimborso al 100%	Massimo 2 volte: private o ticket Rimborso massimo di € 100 per visita Rimborso al 100%
C. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI Condizioni Diretta Indiretta Ticket SSN	GARANZIA NON OPERANTE	€ 500 Scoperto 15% minimo € 25 Scoperto 20% minimo € 50 Rimborso al 100%
D. TICKET SSN PER ANALISI DI LABORATORIO Condizioni Ticket SSN	GARANZIA NON OPERANTE	€ 100 Rimborso al 100%
E. ASSISTENZA INFIERMERISTICA DOMICILIARE Condizioni	€ 40 al giorno – massimo €600	€ 40 al giorno – massimo €600
F. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI DA INFORTUNIO Condizioni	€ 500 Rimborso al 100%	€ 750 Rimborso al 100%
GARANZIA: MALATTIE GRAVI: cancro, infarto del miocardio		
MALATTIE GRAVI: CANCRO, INFARTO DEL MIOCARDIO	€ 5.000 (Rimborso forfettario)	€ 10.000 (Rimborso forfettario)

Nel caso in cui all'Assicurato venga riconosciuto il rimborso forfettario per una delle Malattie Gravi, come descritte nelle definizioni richiamate in Polizza (Art.23 "Oggetto dell'Assicurazione"), la garanzia non sarà più operante per tutte le Malattie Gravi indennizzabili ai sensi di Polizza.
Al primo rinnovo della Polizza, la garanzia Malattie Gravi cesserà e verrà sostituita, in automatico, dalla garanzia "Indennità giornaliera da ricovero con intervento chirurgico (escluso parto cesareo e aborto)", per maggiori dettagli si rinvia all'Art.23.

NORME LIQUIDATIVE per la sezione 1 - EXTRA

Art. 29) Centrale Operativa
Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri la Società si avvale della seguente Struttura Operativa

MyAssistance

che risponde ai seguenti numeri:

dall'Italia da numero fisso: 800 197 303
dall'estero (o da cellulare): +39 02 303 500 303

Se l'Assicurato decide di avvalersi dell'assistenza diretta, dovrà richiedere autorizzazione alla Centrale Operativa con un preavviso di almeno 1 giorno lavorativo, salvo i casi di comprovata urgenza, inviando la documentazione sanitaria all'indirizzo email dedicato:

Email sinistri.bene@myassistance.it

MyAssistance è a disposizione degli Assicurati:

- dalle ore 8 alle ore 18 dei giorni feriali, per la prenotazione delle Strutture Sanitarie e dei Medici Chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;

- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire supporto medico.

L'Assicurato nel contattare MyAssistance presta il consenso al trattamento dei suoi dati. L'elenco delle Strutture Sanitarie, Medici specialisti, Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) è consultabile al seguente link http://www.myassistance.it/networks/network-medicale/elenco-strutture.htm oppure nella propria Area riservata del sito **https://app.myassistance.eu**/.

Art. 30) Responsabilità
L'Assicurato riconosce espressamente che la Società e MyAssistance non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dal Network Sanitario Convenzionato.

Pertanto, l'Assicurato prende atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovrà rivolgersi esclusivamente alle strutture sanitarie (Istituti di cura,

Centri diagnostici, Centri e Studio odontoiatrici etc.) e ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

Art. 31) Pagamenti

Tutti i pagamenti nei confronti dell'Assicurato vengono effettuati a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente.

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

Art. 32) Gestione del Sinistro *SEZIONE 1* – EXTRA per Garanzia Extraospedaliere

Art. 32.1) Procedura liquidativa

L'Assicurato che necessità di una delle prestazioni garantite dall'Opzione Assicurativa prescelta, può:

I. avvalersi del Network di Strutture Sanitarie Convenzionate con MyAssistance richiedendo il pagamento diretto alla Società (pagamento diretto);
II. avvalersi di Strutture Sanitarie o di Medici specialistici non convenzionati con MyAssistance, richiedendo successivamente il rimborso alla Società (pagamento indiretto);
III. avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, richiedendo successivamente il rimborso alla Società (pagamento indiretto);

Per le sole analisi di laboratorio la copertura assicurativa è operante esclusivamente in caso di regime SSN (ticket).

Non è previsto alcun rimborso o autorizzazioni in assistenza diretta se le analisi di laboratorio vengono eseguite in regime privato.

1. *Utilizzo di Strutture Sanitarie Convenzionati – pagamento diretto*

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi di Strutture Sanitarie Convenzionati, dovrà attivarsi preventivamente contattando la Centrale Operativa per richiedere l'assistenza diretta.

La Società paga direttamente al Centro Convenzionato le spese indennizzabili a termini di Contratto, fatta eccezione per eventuali franchigie e/o Scoperti e/o minimi e/o prestazioni non garantite dalla presente Polizza che rimangono a carico dell'Assicurato, secondo l'Opzione Assicurativa prescelta.

E' necessario verificare in anticipo la possibilità di eseguire le prestazioni in assistenza diretta contattando telefonicamente MyAssistance, ai recapiti indicati al precedente Art. 29.

2. *Utilizzo di Strutture Sanitarie o Medici specialisti non Convenzionati – pagamento indiretto*

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi di Strutture Sanitarie o Medici specialisti non convenzionati, la Società non provvede al pagamento diretto, ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di Contratto, secondo quanto previsto dall'Opzione Assicurativa prescelta per il pagamento indiretto.

3. *Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) - pagamento indiretto*

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Società non provvede al pagamento diretto, ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di Contratto, secondo quanto previsto dall'Opzione Assicurativa prescelta per il pagamento indiretto.

Art. 32.2) Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

A parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile, in caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso scritto a MyAssistance che gestisce per conto della Società i Sinistri, oppure alla Società, quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre 120 (centoventi) giorni dalla data di scadenza della Polizza.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso di Strutture Sanitarie e/o di Medici specialisti convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato da MyAssistance, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.
Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica e fiscale del Sinistro in fotocopia, la Società si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture che della documentazione medica.

Ai fini della valutazione del rimborso di tutte le prestazioni coperte dalla presente Polizza, erogate sia in forma diretta che indiretta, la Società si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica, esiti di esami strumentali o ogni altra documentazione utile alla corretta valutazione del Sinistro.

Art. 32.3) Pagamento diretto - Modalità operative e criteri di liquidazione

L'Assicurato che ritenga di avvalersi di Strutture Sanitarie convenzionati (Network Sanitario Convenzionato), prima di accedere alla Struttura Sanitaria e comunque con un preavviso di almeno 1 (uno) giorno lavorativo, salvo i casi di comprovata urgenza, deve sempre contattare la Struttura Operativa ai recapiti indicati al precedente Art. 29.

L'Assicurato deve consentire la valutazione dell'attivazione dell'assistenza diretta anticipando via email, oppure tramite area web riservata o applicazione mobile certificato medico, che riporta:

- nome e cognome dell'Assicurato;
- diagnosi accertata o presunta;
- data di insorgenza della patologia o dei sintomi che rendono necessarie la prestazione;
- prestazione per la quale si richiede l'attivazione del pagamento diretto. I trattamenti fisioterapici e rieducativi a seguito di Infortunio devono essere richiesti con prescrizione medica con evidenza sia del tipo di trattamento che del numero di sedute e rilasciata da un Medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia accertata/certificata.
- esiti di esami clinico strumentali.
  In caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio, inviare il referto del Pronto Soccorso o certificazione medica corredata da documentazione clinica oggettiva (es. RX, ecografia, TAC, RMN etc.).

La Società, per il tramite di MyAssistance, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga strettamente necessario ai fini della valutazione del rimborso.

Qualora non sussistessero i presupposti per autorizzare il pagamento diretto sulla base della sola documentazione medica inoltrata, MyAssistance non procederà all'autorizzazione preventiva della diretta, ma si riserverà di valutare il Sinistro a rimborso come da Art. 32.4.

Poiché gli accordi con le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale - al fine di ottenere la prestazione - che l'Assicurato acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite di MyAssistance, in mancanza del quale il servizio non è operante.

MyAssistance, ricevute le informazioni necessarie alla valutazione del Sinistro ed esclusivamente se dall'esame della documentazione medica pervenuta il Sinistro risulterà indennizzabile a termini di Polizza e secondo l'Opzione Assicurativa prescelta, informerà l'Assicurato e inoltrerà alla Struttura Sanitaria la conferma di autorizzazione ad usufruire delle prestazioni in assistenza diretta entro i limiti indicati nel "Modulo di Autorizzazione presa in carico" che l'Assicurato sarà tenuto a sottoscrivere al momento dell'accettazione in struttura.
La Società tiene a proprio carico le spese rimborsabili a termini di Polizza secondo le condizioni della convenzione stipulata da MyAssistance con le Strutture Sanitarie ed i Medici.
Restano a carico dell'Assicurato gli Scoperti/franchigie, l'eccedenza dei limiti di Indennizzo per prestazione eventualmente previsti in Polizza e dei Massimali, nonché le prestazioni e le spese non rientranti fra quelle oggetto della convenzione stipulata da MyAssistance con le Strutture Sanitarie e Medici convenzionati. Restano inoltre a carico dell'Assicurato le prestazioni non indicate o non pertinenti rispetto alla diagnosi indicata da certificato medico e comunicata a MyAssistance all'atto della richiesta di autorizzazione e tutte le prestazioni sanitarie non espressamente autorizzate nel "Modulo di Autorizzazione presa in carico".
Resta inteso che tali prestazioni, solo se oggetto di copertura assicurativa e ritenute rimborsabili a termini di Polizza, saranno rimborsate nelle modalità previste al seguente paragrafo "Pagamento indiretto - Modalità operative e criteri di liquidazione".

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

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato.

La richiesta del pagamento diretto e la conferma da parte di MyAssistance, prestata in base alle notizie ed alla documentazione fornite dall'Assicurato, non pregiudicano la valutazione della Società circa l'indennizzabilità del Sinistro a termini di Polizza al ricevimento della documentazione completa.

La Società si riserva la facoltà di rifiutare l'ammissione al pagamento diretto, nonché di richiedere all'Assicurato la restituzione delle somme pagate, nella misura in cui, in base alla Polizza, avrebbe avuto diritto di rifiutare o ridurre la prestazione garantita.

Qualora da controlli amministrativi successivi, risultasse che la copertura sanitaria non sia attiva per l'annualità in corso oppure, risultasse la mancanza della regolarità amministrativa della Polizza o della singola posizione, o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione, la Società ne darà

comunicazione scritta all'Assicurato il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'Istituto di Cura convenzionato se già saldate dalla Compagnia alla struttura e/o medici convenzionati, entro e non oltre 30 (trenta) giorni dal ricevimento delle stesse, oppure dovrà saldare direttamente sia la Struttura Sanitaria che i medici convenzionati.
Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, la Società si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Art. 32.4) Pagamento indiretto - Modalità operative e criteri di liquidazione
Nei casi di:

1. *Utilizzo di Strutture Sanitarie o Medici specialisti non convenzionati*
2. *Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale*

La Società effettua, a cura ultimata, il pagamento di quanto previsto nell'Opzione Assicurativa prescelta, dietro presentazione, unitamente al modulo di richiesta di rimborso, delle fotocopie delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate e valide ai fini fiscali accompagnate dalla documentazione medica giustificativa quale, a mero titolo esemplificativo.

Certificato medico che riporta:

- nome e cognome dell'Assicurato;
- diagnosi accertata o presunta;
- data di insorgenza della patologia o dei sintomi che rendono necessarie le prestazioni;
- prestazione per la quale si richiede il rimborso. I trattamenti fisioterapici e rieducativi a seguito di Infortunio devono essere richiesti con prescrizione medica con evidenza sia del tipo di trattamento che del numero di sedute e rilasciata da un Medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia accertata/certificata.
- esiti di esami clinico strumentali;
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio, inviare il referto del Pronto Soccorso o certificazione medica corredata da documentazione clinica oggettiva (es. RX, ecografia, TAC, RMN etc.).

La Società, per il tramite di MyAssistance, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario ai fini della valutazione del rimborso.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato o ad un beneficiario delle prestazioni: il rimborso avviene in ogni caso a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.
Le prestazioni devono essere effettuate da Medico specialista o da personale specializzato, corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia accertata o sospetta tale).
L'erogabilità delle prestazioni assicurate è comunque condizionata alla fatturazione delle stesse da parte di un Istituto di Cura, di uno Studio Medico o di un Medico specialista, ad eccezione di quelle fisioterapiche/riabilitative che possono essere fatturate da Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia.

La fattura emessa da Studio Medico o Medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del Professionista che dovrà risultare congrua con la diagnosi certificata.
Sono comunque escluse dal rimborso le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi le notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente Contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Art. 32.5) Denuncia Sinistro per le richieste di rimborso (pagamento indiretto)
Qualora l'Assicurato non attivi l'assistenza diretta optando per l'assistenza indiretta come indicato al precedente Art.32.4, la documentazione deve essere inoltrata inviando una pratica per ogni Assicurato e per singola patologia con:

- modulo di richiesta rimborso compilato e firmato in ogni sua parte;
- le notule di spesa valide ai fini fiscali;
- le relative prescrizioni mediche con patologia sospetta o accertata e data di insorgenza della patologia o dei sintomi che rendono necessarie le prestazioni;
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio, inviare il referto del Pronto Soccorso o certificazione medica corredata da documentazione clinica oggettiva (es. RX, ecografia, TAC, RMN etc.);
- ogni altra documentazione necessaria alla valutazione del rimborso qualora la Società ne faccia richiesta.

Nella modalità di seguito indicata:

- in forma cartacea unitamente al modulo e ai relativi documenti indicati al paragrafo precedente, al seguente indirizzo:

MyAssistance
Via Raimondo Montecuccoli, 20/1
20147 Milano (MI)

- informaticamente tramite accesso a un'apposita area sul sito internet https://app.myassistance.eu/ ,inserendo le proprie credenziali e caricando la documentazione indicata al paragrafo precedente;
- informaticamente tramite accesso ad un'apposita applicazione mobile di MyAssistance, inserendo le proprie credenziali e caricando la documentazione indicata al paragrafo precedente.

Art. 33) Gestione del Sinistro: *SEZIONE 1* – EXTRA: per garanzia Malattie Gravi

Art. 33.1) Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro per Malattie Gravi
La documentazione che l'Assicurato o altra persona in loro vece deve presentare in caso di Sinistro dipende dalla grave patologia per la quale la garanzia "Gravi Malattie" è prestata, come espressamente riportato agli articoli della Sezione 1 - Malattie Gravi.

Per avere diritto alle prestazioni offerte dalla garanzia "Malattie Gravi", l'Assicurato o altra persona in sua vece, a condizione che l'Assicurato sia in vita nei 30 (trenta) giorni successivi alla diagnosi (periodo di sopravvivenza), deve:

1. denunciare la grave patologia (tra quelle indicate nella Sezione 1 - Malattie Gravi) a MyAssistance, entro 180 (centottanta) giorni dalla data della diagnosi mediante lettera raccomandata a.r.. Trascorso questo termine la Società può rifiutare la liquidazione del dell'Indennizzo relativo alla garanzia Malattie Gravi;
2. inviare a MyAssistance, con la denuncia del Sinistro:
   - la documentazione sanitaria indicata per la grave patologia oggetto del Sinistro come indicato nella Sezione 1 - Malattie Gravi;
   - relazione del medico curante compilata e firmata dal medico curante (appendice/allegato xxx – GP CLAIMS FORM CI_extraospedaliere.docx);

- la dichiarazione del Medico specialista che attesti lo stato di salute dell'Assicurato;
- le cartelle cliniche complete riferite alla grave patologia oggetto del Sinistro;
- il certificato di esistenza in vita dell'Assicurato o certificato di morte.

A richiesta della Società l'Assicurato o altra persona a usa vece, pena la perdita di ogni diritto derivante dalla presente Assicurazione, ha l'obbligo di:

1. rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta dalla Società per l'accertamento dello stato di grave patologia;
2. fornire ogni ulteriore documentazione che la Società ritenesse opportuno richiedere per valutare il diritto al rimborso forfettario della Malattia Grave;
3. consentire alla Società di accertare con medici di sua fiducia lo stato di Malattia dell'Assicurato.

La documentazione originale del Sinistro deve essere inviata ai recapiti indicati al precedente Art. 29.

Indennità giornaliera da ricovero con intervento chirurgico (escluso parto cesareo e aborto) attivata in sostituzione della garanzia Malattie Gravi, per inoperatività della stessa.
Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro
A parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile, in caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso scritto a MyAssistance che gestisce per conto della Società i Sinistri, oppure alla Società, quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre 120 (centoventi) giorni dalla data di scadenza della Polizza.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

Ai fini della valutazione dell'Indennizzo, la Società, per il tramite di MyAssistance, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario ai fini della valutazione del Sinistro.

Art. 33.1.1) Liquidazione del rimborso forfettario per Malattie Gravi
L'Assicurato matura il diritto all'Indennizzo dopo 30 (trenta) giorni dalla diagnosi e tale diritto resta comunque acquisito anche in caso di decesso dell'Assicurato oltre tale periodo purché la denuncia sia stata effettuata nei termini previsti all'Art. 33.1.
La Società comunica all'Assicurato l'esito del Sinistro specificando se intende riconoscere o meno il rimborso forfettario per la Malattia grave oggetto del Sinistro.
In caso di riconoscimento procede al rimborso forfettario entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta.

Indennità giornaliera da ricovero con intervento chirurgico (escluso parto cesareo e aborto) attivata in sostituzione della garanzia Malattie Gravi, per inoperatività della stessa.

1. Liquidazione dell'indennità
Il pagamento dell'indennità giornaliera da ricovero con intervento (escluso parto cesareo e aborto) verrà effettuato dalla Società, a cura ultimata, dietro presentazione,

unitamente al modulo di richiesta di rimborso e della documentazione medica giustificativa quale, a mero titolo esemplificativo:

- cartella clinica completa e scheda di dimissioni ospedaliere (S.D.O.);
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio, il referto di Pronto Soccorso o certificazione medica corredata da documentazione clinica oggettiva (es. RX, ecografia, TAC, RMN etc.).

La Società, per il tramite di MyAssistance, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario ai fini della valutazione del Sinistro.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato o ad un beneficiario delle prestazioni: l'Indennizzo avviene in ogni caso a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.
Il diritto all'Indennizzo è comunque condizionato dall'erogazione delle prestazioni da parte di un Istituto di Cura.

2. Denuncia Sinistro per le richieste dell'Indennizzo (pagamento indiretto)
La documentazione deve essere inoltrata inviando una pratica per ogni Assicurato e per singola patologia con:

- modulo di richiesta rimborso compilato e firmato in ogni sua parte;
- cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital con intervento chirurgico;
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio, inviare il referto del Pronto Soccorso o certificazione medica corredata da documentazione clinica oggettiva (es. RX, ecografia, TAC, RMN etc.);
- ogni altra documentazione necessaria alla valutazione del rimborso qualora la Società ne faccia richiesta.

Nelle modalità di seguito indicate:

- in forma cartacea unitamente al modulo e ai relativi documenti indicati al paragrafo precedente, al seguente indirizzo:

MyAssistance
Via Raimondo Montecuccoli, 20/1
20147 Milano (MI)

- informaticamente tramite accesso ad un'apposita area sul sito internet https://app.myassistance.eu/ , inserendo le proprie credenziali e caricando la documentazione indicata al paragrafo precedente;
- informaticamente tramite accesso ad un'apposita applicazione mobile di MyAssistance, inserendo le proprie credenziali e caricando la documentazione indicata al paragrafo precedente.

Art. 33 bis - Pagamento dell'indennizzo

La centrale operativa, ricevuta tutta la documentazione di richiesta del rimborso e solo nel caso in cui tutta la documentazione presentata risulti esaustiva, provvede, se dovuto e al netto delle eventuali limitazioni e/o franchigie previste dal contratto, a comunicare alla Compagnia il benestare al pagamento e quest'ultima si impegna ad effettuare il rimborso delle spese entro 30 giorni dalla data di ricevimento del benestare.

SEZIONE 2 – DENTAL

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Prestazioni: ODONTOIATRICHE

Art. 34) Oggetto della garanzia

La Società riconosce, entro i limiti indicati nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (Art.35), le spese odontoiatriche, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto secondo i seguenti Livelli di Protezione (resta inteso che la prevenzione odontoiatrica non è resa necessaria da Malattia o Infortunio):

A. *Prevenzione dentaria*

La Società provvede al pagamento delle spese relative le prestazioni di prevenzione dentaria che dovranno essere effettuate in un'unica soluzione e nei limiti indicati nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (Art. 35).

B. *Cure di primo e secondo Livello*

La Società provvede al pagamento delle spese relative alle cure dentarie di 1°e 2° Livello entro i limiti indicati per ogni prestazione nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (Art.35). Si precisa che, alcune prestazioni devono essere comprovate da RX o altre certificazioni come indicato alla voce "Vincoli tecnici".

La Società garantisce all'Assicurato le prestazioni di "Visita e Prevenzione" nonché Cure di 1° e 2° Livello sia presso Strutture Convenzionate attivando preventivamente il Pagamento diretto sia presso strutture sanitarie non convenzionate (Pagamento indiretto / a rimborso).

Le prestazioni usufruite presso le Strutture Convenzionate attivando il Pagamento diretto sono gratuite per l'Assicurato, la spesa rimane a totale carico della Società.
Nel caso in cui l'Assicurato optasse per le strutture non convenzionate (Pagamento indiretto - a rimborso), l'importo massimo riconosciuto dalla Società non potrà essere superiore all'importo presente nella colonna "Tariffa" della tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (Art.35)
Nel caso di utilizzo del SSN è previsto il rimborso al 100% del ticket, fermo i limiti indicati nella colonna "Tariffa" della tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate".
I Livelli di Protezione: "Prevenzione dentaria" e "Cure di primo livello" devono essere acquistati insieme.
Le "Cure di secondo livello" non sono vendibili singolarmente, devono essere abbinate ai Livelli di Protezione: "Prevenzione dentaria" e "Cure di primo livello"; esse dovranno risultare espressamente richiamate nel Certificato di Polizza.
In fase di acquisto di Polizza non è prevista la compilazione di un Questionario Sanitario

Art. 35) Prestazioni Odontoiatriche Assicurate

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa	Limiti temporali alle prestazioni	Vincoli tecnici
Visita e Prevenzione				
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	sempre gratuita in rete (non prevista in caso di Pagamento indiretto - a rimborso)	1 ogni 12 mesi in un'unica soluzione	
SD08	Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curetaggio manuale superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale e igiene orale	€ 55,00		
SD11	Ionofluorizzazione: Applicazioni topiche oligoelementi	€ 20,00		

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa	Limiti temporali alle prestazioni	Vincoli tecnici
Cure 1° Livello				
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	sempre gratuita in rete (non prevista in caso di Pagamento indiretto - a rimborso)		
SD01	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	€ 22,00		Se necessaria per prestazioni coperte in Polizza
SD02	Radiografia: Endorale per due elementi vicini	€ 22,00	2 ogni 12 mesi	Se non già compresa nella prestazione
SD03	Radiografia: Per ogni radiogramma endorale aggiuntiva	€ 17,00		Se non già compresa nella prestazione
SD12	Otturazione per carie semplice	€ 40,00	2 ogni 12 mesi	
SD13	Otturazione per carie profonde - Cavità di II Classe Black 2 pareti	€ 70,00		
SD14	Otturazione per carie profonde - Cavità di III Classe	€ 70,00		
SD15	Otturazione per carie profonde - Cavità di IV Classe	€ 85,00		
SD16	Otturazione per carie complesse	€ 85,00		
SD30	Estrazione semplice di dente o radice	€ 30,00	2 ogni 12 mesi	
SD31	Estrazione complicata di dente o radice	€ 45,00	1 ogni 12 mese	Comprovata da RX
SD32	Estrazione in inclusione ossea parziale	€ 85,00		
SD33	Estrazione in inclusione ossea totale	€ 151,00		
SD54	Devitalizzazione Monocanalare (compresa anestesia): Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per un canale	€ 70,00	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
SD55	Devitalizzazione Bicanalare (compresa anestesia): Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per due canali	€ 110,00	1 ogni 12 mesi	
SD56	Devitalizzazione Tricanalare (compresa anestesia): Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per tre canali	€ 160,00	1 ogni 12 mesi	
SD57	Devitalizzazioni: Medicazioni canalari e sedute per apecificazione	€ 35,00	Se necessaria per prestazioni coperte in polizza	
SD94	Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica	€ 40,00	1 ogni 12 mesi	Richiesta certificazione del laboratorio

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa	Limiti temporali alle prestazioni	Vincoli tecnici
Cure 2° Livello				
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	sempre gratuita in rete (non prevista in caso di Pagamento indiretto - a rimborso)		
SD98	Ortopantomografia (2 arcate)	€ 45,00	2 ogni 12 mesi	
SD35	Apicectomia con lembo	€ 160,00	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
SD36	Rizotomia	€ 110,00	2 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
SD39	Frenulectomia	€ 140,00	3 ogni 12 mesi	Comprovata da Rx o foto digitale endorale
SD41	Asportazione epulidi con resezione bordo con lembo	€ 185,00		
SD34	Scappucciamento osteomucoso dente incluso	€ 50,00		
SD44	Preparazione arcate pre protesi: Livellamento creste alveolari	€ 105,00		
SD47	Asportazioni cisti mascellari	€ 400,00		
SD27	Molaggio selettivo - Lieve rimodellamento di alcuni denti che impediscono la corretta chiusura	€ 280,00	1 sola volta	
SD29	Placca di svincolo	€ 275,00	1 ogni 24 mesi	Richiesta certificazione del laboratorio

Art. 35.1) Tariffe agevolate sulla base del Tariffario MyAssistance

La Società tramite MyAssistance garantisce all'Assicurato, durante tutto il periodo di assicurazione, l'applicazione da parte del Network di tariffe agevolate per i trattamenti odontoiatrici forniti ma non compresi nell'Assicurazione.

Per ogni informazione, l'Assicurato può contattare MyAssistance ai numeri indicati nell'art. 38.1 "Modalità di attivazione della copertura assicurativa".

Art. 36) Carenza/Termini di aspettativa

Le garanzie saranno operanti ed effettive per:

- gli Infortuni: dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza della Polizza;
- Prevenzione, Cure di 1° e 2° Livello: dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza della Polizza;

L'applicabilità del Termine di aspettativa/Carenza verrà stabilito sulla base del momento in cui le prestazioni si sono rese necessarie (data prestazione o data telefonata in caso di attivazione del Pagamento diretto), indipendentemente dalla data in cui le stesse sono state fatturate (data fattura).

Art. 37) Esclusioni a valere per la *SEZIONE 2 - DENTAL*

L'Assicurazione non è operante per:

1. trattamenti e prestazioni odontoiatriche non effettuate da medici odontoiatri professionisti regolarmente iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;
2. procedure di ricostruzione utilizzate per incrementare la dimensione verticale del dente persa a causa di attrito;
3. lesioni dentarie da Infortunio durante la pratica di sport per i quali è previsto l'utilizzo del paradenti;
4. sostituzione di protesi rimovibili complete o parziali a causa di rottura mentre non in uso o smarrite;
5. prestazioni di rimozione chirurgica di impianti o parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto sia fisso che rimovibile preesistente all'atto di sottoscrizione della Polizza;
6. trattamenti ortodontici, anche se associati alla chirurgia ortognatica, sia che precedano o seguano l'intervento chirurgico;
7. cura o trattamento medico odontoiatrico non comprese nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (Art.35).
8. estrazioni di denti decidui (da latte);
9. le prestazioni effettuate e/o fatturate successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione della Polizza, per qualsiasi motivo, anche se la Malattia si è manifestata e l'Infortunio è avvenuto durante il periodo di validità della garanzia;
10. gli infortuni occorsi in conseguenza di uno stato di ubriachezza/ebbrezza, qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada;
11. le Malattie e gli infortuni conseguenti ad atti violenti o aggressioni in cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, nonché le azioni delittuose o comunque dolose compiute o tentate dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, nonché le imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
12. gli infortuni causati dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
13. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai di difficoltà superiore al terzo grado della scala Monaco, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, allenamenti, prove); dalla guida o uso di deltaplani, di ultraleggeri, di parapendio e simili;
14. tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della stipula della Polizza;

NORME LIQUIDATIVE

Art. 38) Obblighi in caso di Sinistro

A parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile, in caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso scritto a MyAssistance che gestisce per conto della Società i Sinistri, oppure alla Società, quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre 120 giorni dalla data di scadenza della Polizza.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso delle Strutture sanitarie Convenzionate e/o di Strutture Sanitarie e/o medici specialisti convenzionati (Network Sanitario Convenzionato),è stato in questo preventivamente autorizzato da MyAssistance, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

L'Assicurato, o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno curato l'Assicurato stesso.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica del Sinistro in fotocopia, la Società si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale della documentazione medica.
Utilizzando il Network Sanitario Convenzionato, l'Assicurato ha sempre l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente a MyAssistance l'autorizzazione al Pagamento diretto.

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

Art. 38.1) Modalità di Attivazione della copertura assicurativa

Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri la Società si avvale di MyAssistance che risponde ai seguenti numeri per chiamate:

dall'Italia da numero fisso: 800 197 303

dall'estero o dal cellulare: +39 02 303 500 303

MyAssistance è a disposizione degli Assicurati:

- dalle ore 9 alle ore 19 dei giorni feriali, per le informazioni sul proprio pacchetto assicurativo;
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per la prenotazione e per le informazioni necessarie per la scelta del centro odontoiatrico e dei medici odontoiatrici più idonei per ogni necessità.

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

Art. 39) Responsabilità

L'Assicurato riconosce espressamente che la Società e MyAssistance non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dal Network Sanitario Convenzionato.
Pertanto l'Assicurato prende atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovrà rivolgersi esclusivamente ai centri odontoiatriche ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

Art. 40) Pagamento diretto

L'Assicurato ha l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente a MyAssistance l'autorizzazione al Pagamento diretto. MyAssistance prenoterà per conto dell'Assicurato l'appuntamento presso il centro odontoiatrico convenzionato, comunque con un preavviso di almeno 1 giorno lavorativo, salvo i casi di comprovata urgenza, deve sempre contattare la Struttura Operativa ai recapiti
indicati al precedente Art. 38.1.

Durante la prima visita sarà richiesto all'Assicurato di sottoscrivere con il Dentista il proprio Budget Cure Odontoiatriche (BCO) per l'approvazione delle prestazioni incluse nel pacchetto assicurativo. I trattamenti e le prestazioni non compresi nel piano assicurativo verranno fatturate direttamente all'Assicurato.
Il BCO sarà fornito direttamente da MyAssistance al Centro odontoiatrico convenzionato.

In caso di prestazione resa necessaria da Infortunio sarà necessario allegare referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. OPT, radiografie).

Ai fini dell'autorizzazione al Pagamento diretto, la Società, per il tramite di MyAssistance, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione sanitaria o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario. Qualora non sussistessero i presupposti per autorizzare il pagamento diretto sulla base della sola documentazione medica inoltrata, MyAssistance non procederà all'autorizzazione preventiva della diretta, ma si riserverà di valutare il sinistro a rimborso come da Art. 41.

Il pagamento che la Società avrà effettuato ai Centri odontoiatrici o medici odontoiatri (**N**etwork Sanitario Convenzionato), solleverà la Società stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

L'elenco delle Strutture Sanitarie, Medici specialisti, Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) è disponibile al link http://www.myassistance.it/networks/network-medicale/elenco-strutture.htm oppure nell'Area riservata del sito https://app.myassistance.eu/.

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di autorizzazione al Pagamento diretto, qualora si dovesse accertare successivamente la non validità della Polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assicurato, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate ai centri odontoiatrici, se già saldate dalla Società alla struttura convenzionate, oppure dovrà saldare direttamente la struttura.
Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, la Società si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Art. 41) Pagamento indiretto – a rimborso

A cura ultimata, l'Assicurato deve inviare la richiesta di Rimborso completa di

- modulo di rimborso, compilato in ogni sua parte e sottoscritto dall'Assicurato, con eventuale supporto del Dentista;

- copia delle fatture valide ai fini fiscali e quietanzate complete di dettaglio della singola prestazione effettuata, del relativo costo e della data in cui le singole prestazioni sono state eseguite;
- evidenze cliniche (radiografie, ecc.), ove richieste alla voce "Vincoli Tecnici" della tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (Art.37);
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio, referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. OPT, radiografie).

Il modulo di rimborso verrà fornito insieme al Certificato di Polizza, l'Assicurato potrà richiedere lo stesso anche contattando telefonicamente MyAssistance ai numeri indicati all'Art. 38.1.

La documentazione sopra elencata può essere inviata nelle modalità di seguito indicate:

- ✓ in forma cartacea al seguente indirizzo:
  MyAssistance Srl
  Via Raimondo Montecuccoli, 20/1
  2017 Milano (MI)

- ✓ tramite mail all'indirizzo: sinistri.bene@myassistance.it

Ai fini della valutazione del rimborso, la Società, per il tramite di MyAssistance, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione sanitaria o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario delle prestazioni e il rimborso avviene a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.
L'erogabilità delle prestazioni assicurate è comunque condizionata alla fatturazione delle stesse da parte di un medico Dentista o di un centro odontoiatrico.

Il rimborso viene sempre effettuato a cura ultimata in Euro.

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

Art. 41 bis - Pagamento dell'indennizzo

La centrale operativa, ricevuta tutta la documentazione di richiesta del rimborso e solo nel caso in cui tutta la documentazione presentata risulti esaustiva, provvede, se dovuto e al netto delle eventuali limitazioni e/o franchigie previste dal contratto, a comunicare alla Compagnia il benestare al pagamento e quest'ultima si impegna a effettuare il rimborso delle spese entro 30 giorni dalla data di ricevimento del benestare.

SEZIONE 3 – RSM (Rimborso Spese Mediche)

3

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 42) Oggetto dell'Assicurazione

La Società rimborsa, fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti

indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta le seguenti spese, rese necessarie da Malattia (compreso il parto e l'aborto terapeutico) o Infortunio avvenuto in corso di Contratto.

I Massimali e limiti, indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, si intendono prestati per persona e per anno assicurativo.

Garanzia: OSPEDALIERE

A. Ricovero con o senza intervento, Day Hospital con o senza intervento e Intervento Chirurgico Ambulatoriale

1. Ricovero con/senza intervento chirurgico

a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria e materiali di intervento (ivi comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento chirurgico;

b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi solo in regime di ricovero con intervento, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo del ricovero;

c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di assistenza diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di assistenza diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;

d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;

e. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi solo a seguito di ricovero con intervento chirurgico, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

f. assistenza infermieristica privata individuale, nel limite di € 40 (euro quaranta) al giorno per un massimo di 30 trenta) giorni per evento con intervento chirurgico.

Nel caso di trapianto sono escluse le spese sostenute a fronte di espianto da donatore.

2. Day Hospital con intervento chirurgico

a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria e materiali di intervento (ivi comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento chirurgico;

b. l'assistenza medica e infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di assistenza diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di assistenza diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;

d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;

e. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

f. assistenza infermieristica privata individuale, nel limite di € 40 (euro quaranta) al giorno per un massimo di 30 (trenta) giorni per evento con intervento chirurgico

3. Day Hospital senza intervento chirurgico

a. l'assistenza medica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

b. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di assistenza diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di assistenza diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;

c. accertamenti diagnostici e onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;

d. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

4. Intervento Chirurgico Ambulatoriale

a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;

b. l'assistenza medica e infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto concomitante con l'intervento;

c. accertamenti diagnostici e onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti l'intervento;

d. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure termali, effettuati nei giorni successivi all'intervento e resi necessari dall'evento che ha determinato l'intervento medesimo.

5. Parto Cesareo e aborto terapeutico

a. onorari equipe, i diritti di sala di parto, il materiale di intervento;

b. l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

c. retta di degenza. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;

d. retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato fino alla data di dimissione della madre dall'ospedale);

e. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;

f. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

Le spese di cui ai punti sopra. fino a f. vengono rimborsate secondo il sub-Massimale. Non viene applicato nessuno Scoperto/minimo.

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

6. Parto Fisiologico

a. onorari equipe, i diritti di sala di parto;

b. l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

c. retta di degenza. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;

d. retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato fino alla data di dimissione della madre dall'ospedale);

e. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;

f. accertamenti diagnostici, medicinali effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

Le spese di cui ai punti sopra a. fino a f. vengono rimborsate secondo il sub-Massimale. Non viene applicato nessuno Scoperto/minimo.

B. Accompagnatore

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

C. Trasporto dell'Assicurato

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

La presente prestazione è prevista nei casi disciplinati alle precedenti lettere A. (escluso punto 4)

D. Rimpatrio Salma

Vengono rimborsate entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa le spese sostenute per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'Assicurato infermo a seguito di ricovero (anche in regime di Day Hospital) in istituto

di cura all'estero per Malattia o Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, con o senza intervento chirurgico.

Sono escluse dal rimborso le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

E. Indennità sostitutiva
Con riferimento al solo ricovero, qualora le prestazioni disciplinate alla lettera A. punti 1 fino a 6 siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene corrisposta un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero (si intende come tale ogni giorno che comprende anche il pernottamento) e per ogni giorno di Day Hospital entro i limiti indicati nell'Opzione Assicurativa.

Qualora le suddette spese siano solo o in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato potrà scegliere tra l'Indennità Sostitutiva e il rimborso delle spese rimaste a suo carico.
Inoltre, vengono rimborsate, senza applicazione di Scoperto ed entro i limiti previsti, le spese relative a:

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

F. Ticket SSN – ospedaliere
Vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione disciplinata in Polizza, entro i limiti di assistenza previsti per ogni singolo tipo di prestazione.

Garanzia: EXTRAOSPEDALIERE

G. Alta Diagnostica (Cure e diagnostica di Alta Specializzazione)
Vengono rimborsate, entro il limite massimo e con gli Scoperti/limiti indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese per le prestazioni di seguito elencate:

Diagnostica di Alta Specializzazione
- Amniocentesi (oltre il 35° anno di età o in caso di rischio genetico comprovato del feto)
- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia

- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare con o senza mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) con o senza mezzo di contrasto
- Tomografia ad Emissione di Positroni (PET)
- Urografia
- Vesciculodeferentografia.

Terapie attinenti patologie oncologiche

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Radioterapia.

Terapie

- Dialisi
- Laserterapia fotodinamica a scopo terapeutico.

Endoscopie non comportanti biopsia

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

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100% (centopercento).

H. Visite specialistiche/Analisi di laboratorio/Accertamenti
Vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese per:

1. onorari medici per visite specialistiche prescritte dal medico curante, con esclusione di quelle pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio.
In quest'ultimo caso, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'Infortunio sia documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero;

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

   Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100% (centopercento).

I. Pacchetto Prevenzione

La presente garanzia è valida solo per Assicurati di età superiore a 30 (trenta) anni e può essere eseguita solo in forma diretta presso il Network Sanitario Convenzionato, nel corso del secondo anno di vita del Contratto.
Il pacchetto Prevenzione dovrà essere effettuato in un'unica soluzione e comprende sempre:

- Emocromo completo
- VES
- Azotemia
- Gamma GT
- Glicemia
- Colesterolo totale
- LDL e HDL
- Trigliceridi
- Transaminasi ASL
- Transaminasi ALT
- Esame urine completo
- Pap test (per donne)
- PSA (per uomini)

L'esito degli esami è strettamente personale e verrà consegnato in unica copia esclusivamente all'Assicurato.
L'Assicurato può attivare il pacchetto Prevenzione una volta ogni 2 (due) anni.
Successivamente alla prima attivazione effettuata nel corso del secondo anno di vita del Contratto, le prestazioni di prevenzione seguiranno la stessa cadenza biennale.

J. Rimborso forfettario per Non Autosufficienza
La presente garanzia garantisce l'Assicurato, a fronte di un Premio annuale, nei limiti del Massimale mensile assicurato indicato nell' Opzione Assicurativa, l'Indennizzo di una somma forfettaria mensile quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza.
E' considerata non autosufficiente la persona che si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata e consolidata, di poter compiere 4 (quattro) delle 6 (sei) attività di vita quotidiana (di seguito elencate) senza l'assistenza di una terza persona:

1. Lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia);

2. Vestirsi e Svestirsi: la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed, eventualmente, anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona;

3. Andare al bagno ed usarlo: la capacità di mantenere un livello ordinariamente ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc).

4. Spostarsi: la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e vice versa senza l'aiuto di una terza persona

5. Continenza: la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello ordinariamente ragionevole di igiene personale

6. Alimentarsi: la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.

L'Assicurato, in caso di non autosufficienza e fintanto che persiste tale stato e non oltre il periodo massimo di 3 (tre) anni complessivamente e cumulativamente, percepirà un rimborso forfettario, pari all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa.
Qualora l'Assicurato dovesse recuperare capacità psico-motorie e funzionali che lo rendono nuovamente autosufficiente, lo stesso dovrà darne comunicazione scritta a MyAssistance entro 30 giorni dallo; l'erogazione del rimborso verrà sospesa con effetto immediato per essere riattivata qualora l'Assicurato ritornasse non autosufficiente.

In caso di decesso dell'Assicurato, gli eredi sono tenuti entro 30 (trenta) giorni dall'evento a darne comunicazione alla Società, il rimborso forfettario mensile da parte della Società cesserà con effetto immediato.

Durante la durata del Contratto sarà indennizzata, a partire dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza riconosciuto all'Assicurato, un pagamento iniziale di € 4.000 (euro quattromila) in aggiunta al rimborso forfettario di € 1.000 (euro mille) . La somma forfettaria non potrà essere riconosciuta per più di una volta in corso di Contratto o durante la vita dell'Assicurato.

Il Premio corrisposto per ciascun Assicurato rimarrà invariato per tutta la durata in cui la Polizza resterà in vita con scatti di Premi relativi agli scaglioni di età successivi. Potranno essere richiesti adeguamenti del Premio indicato nella scheda di Polizza con almeno un preavviso di 60 (sessanta) giorni prima della scadenza. Qualora l'Assicurato non fosse d'accordo con la richiesta di aumento, potrà dichiarare la risoluzione contrattuale dalla scadenza per la quale è stato richiesto l'adeguamento.

1. Condizioni di pagamento delle prestazioni
Il rimborso forfettario verrà corrisposto, se perdura lo stato di non autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 (novanta) giorni a partire dalla data di denuncia alla Società dello stato di non autosufficienza e in ogni caso, se trascorso il Periodo di Carenza di 6 (sei) mesi dalla data di decorrenza della Polizza per qualsiasi Malattia.
Non è previsto alcun pagamento retroattivo.
Il rimborso forfettario sarà corrisposto con cadenza mensile anticipata per tutto il periodo in cui perdurerà lo stato di non autosufficienza e per un periodo massimo complessivo e cumulativo di 3 (tre) anni e comunque non oltre il decesso dell'Assicurato.
Ogni 12 (dodici) mesi, dovrà essere indirizzato alla Società un documento che attesti l'esistenza in vita dell'Assicurato, la stessa si riserva comunque il diritto di richiederlo ogni qualvolta lo ritenesse necessario. Nel caso in cui l'Assicurato si rifiutasse di sottoporsi ai controlli richiesti o di esibire la documentazione richiesta, il pagamento dell'Indennizzo verrà sospeso.

2. Rivedibilità dello stato di non autosufficienza
La Società si riserva la facoltà, ove lo ritenga opportuno, di eseguire periodicamente controlli sanitari sullo stato di salute dell'Assicurato attraverso medici di propria fiducia e a proprie spese, richiedendo a tal proposito la documentazione che riterrà più idonea alla valutazione del Sinistro che dimostri oggettivamente lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

Art. 43) Periodi di carenza
Le garanzie decorrono:

a) Per gli infortuni: dal momento in cui ha effetto l'Assicurazione;

b) Per le Malattie: dal 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto

dell'Assicurazione;

c) Per il parto: dal 270° (duecentosettantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione;

d) Per le conseguenze di stati patologici insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula del Contratto sempre che NON conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipula: dal 180° (centottantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione;

e) Per le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e per l'aborto terapeutico la garanzia è operante – con il termine di aspettativa di 60 (sessanta) giorni – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'Assicurazione.

Per la sola garanzia descritta al punto J. Dell'Art.42 "Oggetto dell'Assicurazione" il rimborso forfettario verrà corrisposto, se perdura lo stato di non autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 (novanta) giorni a partire dalla data di denuncia alla Società dello stato di non autosufficienza permanente e in ogni caso, se trascorso il Periodo di Carenza di 6 (sei) mesi dalla data di decorrenza della Polizza per qualsiasi Malattia.

Qualora la presente Polizza sia stata emessa senza soluzione di continuità (quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa) in sostituzione di altra riguardante gli stessi Assicurati e le stesse garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra decorrono dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza della precedente Polizza per le prestazioni e le somme assicurate dalla stessa;
- del giorno di decorrenza della presente Polizza, limitatamente alle maggiori somme assicurate ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso di questo contratto, i termini di aspettativa decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme assicurate e le diverse prestazioni previste.

Art. 44) Esclusioni a valere per la SEZIONE 3 - RSM

L'Assicurazione non è operante per:

1. le complicanze, conseguenze dirette e indirette di infortuni, Malattie e stati patologici dichiarati nel Questionario Sanitario (se non comprese mediante specifico atto contrattuale), nonché quelle sottaciute alla Società all'atto della sottoscrizione però già conosciute e/o diagnosticate o comunque insorte a giudizio del medico prima della stipula della Polizza. Restano invece incluse le conseguenze di stati patologici insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula della Polizza e non conosciuti dall'Assicurato come da precedente Art. 43 punto d);
2. le conseguenze dirette e indirette di infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura;
3. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
4. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine;
5. le spese relative a prestazioni di agopuntura e logopedia, trattamenti fisioterapici salvo quanto previsto dall'Opzione Assicurativa prescelta;
6. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, nonché quelle effettuate per familiarità o per predisposizione genetica inclusi i test genetici;

7. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
8. le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;
9. i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di medicina alternativa o non convenzionale e sperimentale;
10. stati patologici correlati direttamente o indirettamente all'H.I.V. e a qualsiasi Malattia che abbia relazione con l'H.I.V., nonché da Malattie sessualmente trasmesse;
11. gli infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
12. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
13. guida di qualsiasi veicolo natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
14. le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
15. gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
16. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove);
17. gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
18. le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
19. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
20. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
21. le applicazioni di carattere estetico;
22. trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati, a scopo ricostruttivo:
    a. anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
    b. a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza;
    c. a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna;
23. i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di Malattie mentali e i disturbi psichici in genere. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;
24. l'interruzione volontaria della gravidanza;
25. le cure e gli accertamenti odontoiatrici e le cure ortodontiche;
26. le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore di 3 anni assicurati dalla nascita;
27. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
28. la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);

29. i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40).
30. protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di ricovero e Day Hospital con intervento chirurgico;
31. trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia ed Infortunio;
32. i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (ricoveri impropri).

Art. 45) Esclusioni in aggiunta alla *SEZIONE 3 - RSM* valide per la sola garanzia "Rimborso forfettario per Non Autosufficienza
Sono sempre esclusi gli eventi derivanti da:

1. negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che il rimborso non viene effettuato se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
2. incidente aereo se viaggia come membro dell'equipaggio;
3. svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.

Art. 46) Opzioni Assicurative per la Sezione 3 - RSM
L'Assicurato può scegliere quale delle seguenti Opzioni Assicurative intende attivare in sede di adesione e la stessa sarà indicata nella scheda di Polizza.

I Massimali e limiti sono da intendersi per persona e per anno assicurativo

Rimborso spese mediche BASIC	
GARANZIE OSPEDALIERE	
A. Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza interv., Intervento chirurgico Amb. Massimale	€ 100.000
Diretta	Rimborso al 100%
Indiretta	Scoperto 20% minimo € 2.000
PRE/POST	90 giorni / 90 giorni
SubMassimali	
Parto Cesareo / Aborto terapeutico	€2.000 (no Scoperti/franchigie)
Parto Fisiologico	€1.000 (no Scoperti/franchigie)
Limite rette di degenza (solo indiretta)	€ 250
B. Accompagnatore	€30 giorno – max. 50gg (no Scoperti/franchigie)
C. Trasporto dell'assicurato	€1.000 (no Scoperti/franchigie)
D. Rimpatrio della salma	€1.000 (no Scoperti/franchigie)
E. Indennità Sostitutiva	€80 giorno – max. 50gg
PRE/POST Sostituita	90 giorni / 90 giorni (Rimborso al 100%)

F. Ticket SSN - ospedaliera	Rimborso al 100%

Rimborso spese mediche ESTESA	
GARANZIE OSPEDALIERE	
A. Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza interv., Intervento chirurgico Amb. Massimale	€ 150.000
Diretta	Rimborso al 100%
Indiretta	Scoperto 20% minimo € 2.000
PRE/POST SubMassimali	90 giorni / 90 giorni
Parto Cesareo / Aborto terapeutico	€2.000 (no Scoperti/franchigie)
Parto Fisiologico	€1.000 (no Scoperti/franchigie)
Limite rette di degenza (solo indiretta)	€ 250
B. Accompagnatore	€30 giorno – max. 50gg (no Scoperti/franchigie)
C. Trasporto dell'assicurato	€1.000 (no Scoperti/franchigie)
D. Rimpatrio della salma	€1.000 (no Scoperti/franchigie)
E. Indennità Sostitutiva	€80 giorno – max. 50gg
PRE/POST Sostituita	90 giorni / 90 giorni (Rimborso al 100%)
F. Ticket SSN - ospedaliera	Rimborso al 100%
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE	
G. Alta Diagnostica (da elenco) Massimale Condizioni	€ 2.000
Diretta	Scoperto 15% minimo € 25
Indiretta	Scoperto 20% minimo € 50
Ticket SSN	Rimborso al 100%
H. Visite specialistiche / Accertamenti / Analisi di laboratorio Massimale Condizioni	€ 1.000
Diretta	Scoperto 15% minimo € 25
Indiretta	Scoperto 20% minimo € 50
Ticket SSN	Rimborso al 100%
I. Pacchetto Prevenzione (Biennale per età >30)	Prestazioni coperte come in tabella – Solo in forma Diretta e in un'unica soluzione
J. Rimborso forfettario per Non Autosufficienza	Pagamento iniziale: € 4.000 Addizionalmente €1.000 mensili per 3 anni

NORME LIQUIDATIVE

Art. 47) Centrale Operativa
Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri la Società si avvale della seguente Struttura Operativa

MyAssistance

che risponde ai seguenti numeri:

dall'Italia da numero fisso: 800 197 303

da cellulare o dall'estero: +39 02 303 500 303

Se l'Assicurato decide di avvalersi dell'assistenza diretta, dovrà richiedere autorizzazione alla Centrale Operativa con un preavviso di almeno 1 giorno lavorativo, salvo i casi di comprovata urgenza, inviando la documentazione sanitaria all'indirizzo email dedicato:

Email sinistri.bene@myassistance.it

MyAssistance è a disposizione degli Assicurati:

- dalle ore 8 alle ore 18 dei giorni feriali, per la prenotazione delle Strutture Sanitarie e dei Medici Chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;

- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire supporto medico.

L'Assicurato nel contattare MyAssistance presta il consenso al trattamento dei suoi dati.
L'elenco delle Strutture Sanitarie, Medici specialisti, Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) è disponibile nell'Area riservata del sito https://app.myassistance.eu/

Art. 48) Responsabilità
L'Assicurato riconosce espressamente che la Società e MyAssistance non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dal Network Sanitario Convenzionato.
Pertanto l'Assicurato prende atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovrà rivolgersi esclusivamente alle strutture sanitarie (Istituti di cura, Centri diagnostici, Centri e Studio odontoiatrici etc.) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

Art. 49) Pagamenti
Tutti i pagamenti nei confronti dell'Assicurato vengono effettuati a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente.
Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Art. 50) Gestione del Sinistro

Art. 50.1) Procedura liquidativa
L'Assicurato che necessita di spese per prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere potrà:

1. avvalersi del Network Sanitario Convenzionato (Istituti di Cura e Medici specialisti convenzionati) con MyAssistance usufruendo del pagamento diretto da parte della Società (pagamento diretto);
2. avvalersi di Istituti di Cura convenzionate e di Medici specialisti non convenzionati, richiedendo successivamente il rimborso alla Società (pagamento indiretto);
3. avvalersi di Istituti di Cura e medici specialisti non convenzionati, richiedendo successivamente il rimborso alla Società (pagamento indiretto);
4. utilizzare il Servizio Sanitario Nazionale, richiedendo successivamente il rimborso alla Società (pagamento indiretto);

secondo quanto di seguito indicato:

1. *Utilizzo di Istituti di Cura e Medici specialisti convenzionati – pagamento diretto*
Qualora l'Assicurato decida di avvalersi di Istituti di Cura convenzionati e di Medici specialisti convenzionati, dovrà attivarsi preventivamente con la Centrale Operativa per richiedere l'assistenza diretta. La Società paga direttamente all'Istituto di Cura le spese indennizzabili a termini di Contratto, fatta eccezione per eventuali franchigie e/o Scoperti e/o minimi e/o prestazioni non garantite dalla presente Polizza che rimangono a carico dell'Assicurato, secondo l'Opzione Assicurativa prescelta.
E' necessario verificare in anticipo la possibilità di eseguire le prestazioni in assistenza diretta contattando telefonicamente MyAssistance, ai recapiti indicati nel precedente Art.47.

2. *Utilizzo di Istituti di Cura convenzionati e di Medici specialisti non convenzionati – pagamento indiretto*
Qualora l'Assicurato decida di avvalersi di Istituti di Cura convenzionati e di Medici specialisti non convenzionati, la Società non provvede al pagamento diretto, ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di Contratto, secondo quanto previsto dall'Opzione Assicurativa prescelta per il pagamento indiretto.

3. *Utilizzo di Istituti di Cura e Medici specialisti non convenzionati – pagamento indiretto*
Qualora l'Assicurato decida di avvalersi di Istituti di Cura e Medici specialisti non convenzionati, la Società non provvede al pagamento diretto, ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di Contratto, secondo quanto previsto dall'Opzione Assicurativa prescelta per il pagamento indiretto.

4. *Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) – pagamento indiretto*
Qualora l'Assicurato decida di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Società non provvede al pagamento diretto, ma rimborsa integralmente le eventuali spese sanitarie sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato, purché indennizzabili a termini di Contratto, sempre che l'Assicurato non abbia richiesto per le medesime prestazioni l'erogazione dell'indennità sostitutiva.

Spese sostenute prima e dopo il ricovero con/senza intervento, Day Hospital con/senza intervento o intervento chirurgico ambulatoriale
Il rimborso delle spese sanitarie viene effettuato secondo quanto previsto al precedente punto 1 se in regime diretto, secondo quanto previsto ai precedenti punti 2 e 3 se in regime indiretto.

Art. 50.2) Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

A parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile, in caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso scritto a MyAssistance che gestisce per conto della Società i Sinistri, oppure alla Società, quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre i 4 mesi (120 giorni) dalla data di scadenza della Polizza.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso di Strutture Sanitarie e di Medici specialisti convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato da MyAssistance, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.
Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica e fiscale del Sinistro in fotocopia, la Società si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture che della documentazione medica.
Ai fini della valutazione del rimborso di tutte le prestazioni coperte dalla presente Polizza, erogate sia in forma diretta che indiretta, la Società si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica, esiti di esami strumentali o ogni altra documentazione utile alla corretta valutazione del Sinistro.

Art. 50.3) Pagamento diretto - Modalità operative e criteri di liquidazione

L'Assicurato che ritenga di avvalersi di Istituti di Cura convenzionati, prima di accedere alla Struttura Sanitaria e comunque con un preavviso di almeno 1 giorno lavorativo, salvo i casi di comprovata urgenza, deve sempre contattare la Struttura Operativa ai recapiti indicati al precedente Art. 47.

L'Assicurato deve consentire la valutazione dell'attivazione dell'assistenza diretta anticipando via email, oppure tramite area web riservata, applicazione web certificato medico, che riporta:

In caso di prestazioni Ospedaliere l'Assicurato dovrà farsi rilasciare un certificato medico, che riporta:

- nome e cognome dell'Assicurato;
- la diagnosi accertata o presunta;
- data d'insorgenza della patologia o dei sintomi che rendono necessarie le prestazioni;
- il tipo d'intervento chirurgico da eseguire, se senza intervento, il certificato dovrà contenere l'iter diagnostico e terapeutico;
- per i soli interventi chirurgici ambulatoriali di asportazione, il certificato medico dovrà contenere anche il tipo di lesione, la sede e le dimensioni;
- il regime in cui verrà eseguita la prestazione (es. Ricovero, Day Hospital, Intervento chirurgico ambulatoriale);
- esiti di esami clinico strumentali qualora vengono richieste dalla Società per la valutazione del Sinistro;
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio, inviare il referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio.

In caso di prestazioni Extraospedaliere l'Assicurato dovrà farsi rilasciare un certificato medico, che riporta:

- nome e cognome dell'Assicurato;
- diagnosi accertata o presunta;
- data d'insorgenza della patologia o dei sintomi che rendono necessarie le prestazioni;
- il tipo di prestazione per la quale si richiede l'attivazione del pagamento diretto;
- esiti di esami clinico strumentali qualora vengono richieste dalla Società per la valutazione del Sinistro;
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio, inviare il referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio.

La Società, per il tramite di MyAssistance, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario ai fini della valutazione del rimborso.

Qualora non sussistessero i presupposti per autorizzare il pagamento diretto sulla base della sola documentazione medica inoltrata, MyAssistance non procederà all'autorizzazione preventiva della diretta, ma si riserverà di valutare il Sinistro a rimborso come da Art. 50.4.

Poiché gli accordi con le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale - al fine di ottenere la prestazione - che l'Assicurato acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite di MyAssistance, in mancanza del quale il servizio non è operante.

La Struttura Operativa, ricevute le informazioni necessarie alla valutazione del Sinistro ed esclusivamente se dall'esame della documentazione medica pervenuta il Sinistro risulterà indennizzabile a termini di Polizza e secondo l'Opzione Assicurativa prescelta, informerà l'Assicurato e inoltrerà all'Istituto di cura la conferma di autorizzazione ad usufruire delle prestazioni in assistenza diretta entro i limiti indicati nel "Modulo di Autorizzazione presa in carico" che l'Assicurato sarà tenuto a sottoscrivere al momento dell'accettazione in struttura.

La Società tiene a proprio carico le spese rimborsabili a termini di Polizza secondo le condizioni della convenzione stipulata da MyAssistance con le Strutture Sanitarie ed i Medici.
Restano a carico dell'Assicurato gli Scoperti/franchigie, l'eccedenza dei limiti di Indennizzo per prestazione eventualmente previsti in Polizza e dei Massimali, nonché le prestazioni e le spese non rientranti fra quelle oggetto della convenzione stipulata da MyAssistance con le Strutture Sanitarie e Medici convenzionati. Restano inoltre a carico dell'Assicurato le prestazioni non indicate o non pertinenti rispetto alla diagnosi indicata da certificato medico e comunicata alla Struttura Operativa all'atto della richiesta di autorizzazione e tutte le prestazioni sanitarie non espressamente autorizzate nel "Modulo di Autorizzazione presa in carico".
Resta inteso che tali prestazioni, solo se oggetto di copertura assicurativa e ritenute rimborsabili a termini di Polizza, saranno rimborsate nelle modalità previste al seguente paragrafo "Pagamento indiretto - Modalità operative e criteri di liquidazione".

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

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato.

La richiesta del pagamento diretto e la conferma da parte di MyAssistance, prestata in base alle notizie ed alla documentazione fornite dall'Assicurato, non pregiudicano la valutazione della Società circa l'indennizzabilità del Sinistro a termini di Polizza al ricevimento della documentazione completa.

La Società si riserva la facoltà di rifiutare l'ammissione al pagamento diretto, nonché di richiedere all'Assicurato la restituzione delle somme pagate, nella misura in cui, in base alla Polizza, avrebbe avuto diritto di rifiutare o ridurre la prestazione garantita.

Qualora da controlli amministrativi successivi, risultasse che la copertura sanitaria non sia attiva per l'annualità in corso oppure, risultasse la mancanza della regolarità amministrativa della Polizza o della singola posizione, o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assicurato il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'Istituto di Cura convenzionato, entro e non oltre 30 (trenta) giorni dal ricevimento delle stesse, oppure dovrà saldare direttamente sia la Struttura Sanitaria che i medici convenzionati.
Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, la Società si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Art. 50.4) Pagamento indiretto - Modalità operative e criteri di liquidazione
Nei casi di:

1. *Utilizzo di Istituti di Cura convenzionati e di Medici specialisti non convenzionati*
2. *Utilizzo di Istituti di Cura e di Medici specialisti non convenzionati*
3. *Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)*

La Società effettua, a cura ultimata, il pagamento di quanto previsto nell'Opzione Assicurativa prescelta, dietro presentazione, unitamente al modulo di richiesta di rimborso, delle fotocopie delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate e valide ai fini fiscali accompagnate dalla documentazione medica giustificativa quale, a mero titolo esemplificativo:

- cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital con o senza intervento chirurgico;
- dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento chirurgico ambulatoriale;
- certificato medico attestante la natura della patologia e prestazione medica richiesta completa di data di insorgenza o di inizio sintomatologia, in caso garanzie extraospedaliere
  La specializzazione del medico o l'accertamento diagnostico prescritto dovranno essere congrui con la patologia certificata;
- esiti di esami clinico strumentali qualora vengono richieste dalla Società per la valutazione del Sinistro;
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio, inviare il referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio.

La Società, per il tramite di MyAssistance, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario ai fini della valutazione del rimborso.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato o ad un beneficiario delle prestazioni: il rimborso avviene in ogni caso a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.
Le prestazioni devono essere effettuate da Medico specialista o da personale specializzato, corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia accertata o sospetta tale).
L'erogabilità delle prestazioni assicurate è comunque condizionata alla fatturazione delle stesse da parte di un Istituto di Cura, di uno Studio Medico o di un Medico specialista, ad eccezione di quelle fisioterapiche/riabilitative che possono essere fatturate da Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia.

La fattura emessa da Studio Medico o Medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del Professionista che dovrà risultare congrua con la diagnosi certificata.
Sono comunque escluse dal rimborso le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo.
Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi le notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente Contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Art. 50.5) Denuncia Sinistro per le richieste di rimborso (pagamento indiretto)
Qualora l'Assicurato non attivi l'assistenza diretta optando per l'assistenza indiretta come indicato al precedente Art.50.4, la documentazione deve essere inoltrata inviando una pratica per ogni Assicurato e per singola patologia con:

- modulo di richiesta rimborso compilato e firmato in ogni sua parte;
- le notule di spesa valide ai fini fiscali;
- cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital con o senza intervento chirurgico;
- le relative prescrizioni mediche con patologia sospetta o accertata e data di insorgenza della patologia o dei sintomi che rendono necessarie le prestazioni;
- referto di Pronto Soccorso in caso di prestazioni effettuate a seguito d'Infortunio;
- ogni altra documentazione necessaria alla valutazione del rimborso qualora la Società ne faccia richiesta.

- Nella modalità di seguito indicata:
- in forma cartacea unitamente al modulo e ai relativi documenti indicati al paragrafo precedente, al seguente indirizzo:

MyAssistance
Via Raimondo Montecuccoli, 20/1
20147 Milano (MI)

- informaticamente tramite accesso ad un'apposita area sul sito internet https://app.myassistance.eu/ , inserendo le proprie credenziali e caricando la documentazione indicata al paragrafo precedente;
- informaticamente tramite accesso ad un'apposita applicazione mobile di MyAssistance, inserendo le proprie credenziali e caricando la documentazione indicata al paragrafo precedente.

Art. 51) Modalità operativa per la garanzia di non autosufficienza

L'Assicurato, o le persone che lo assistono, devono dare tempestiva comunicazione del Sinistro alla Società e comunque non oltre la data di scadenza della Polizza nel caso non venga rinnovata, fornendo ogni notizia e documento medico ad esso relativo quali a mero titolo esemplificativo:

1. richiesta di liquidazione compilata e sottoscritta dall'Assicurato o da altra persona che lo rappresenti sul modulo di richiesta di rimborso, nella quale siano indicati tutti i dati identificativi dell'Assicurato stesso e della Polizza;
2. certificato di esistenza in vita dell'Assicurato redatto in data non antecedente ai 30 (trenta) giorni la richiesta;
3. certificato attestante la perdita di autosufficienza dell'Assicurato e relazione medica con le cause della perdita di autosufficienza, rilasciati dal medico curante o dal medico specialista che ha in cura l'Assicurato, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Nel caso in cui i documenti sopra elencati non risultassero sufficienti a verificare l'effettivo stato di non autosufficienza, la Società si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione medica.

La Società si riserva il diritto di demandare ad un medico fiduciario il compito di richiedere ulteriori informazioni al medico curante o ospedaliero ed eventualmente di sottoporre l'Assicurato ad ulteriori accertamenti clinici ritenuti indispensabili, qualora lo ritenesse necessario.

L'Indennizzo sarà corrisposto nel caso in cui lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato risulterà confermato e consolidato in maniera definitiva, tale da escludere ragionevolmente la possibilità di un miglioramento delle condizioni di salute dell'Assicurato stesso.

Una richiesta rifiutata potrà essere esaminata nuovamente dalla Società alle seguenti condizioni:

1. sia trascorso un intervallo minimo di tempo di 3 (tre) mesi dalla risposta di rifiuto della Società;
2. siano nuovamente inviati gli accertamenti sanitari, questi ultimi dovranno essere successivi alla data del rifiuto e dovranno giustificare l'aggravamento dello stato di salute.

Anche successivamente al riconoscimento dello stato di non autosufficienza e conseguentemente all'erogazione dell'indennità prevista, la Società potrà sottoporre l'Assicurato ad accertamenti volti a verificare l'effettivo permanere dello stato di non autosufficienza.

La richiesta di rimborso deve essere inoltrata in modalità cartacea alla Struttura Operativa.

Art. 51 bis - Pagamento dell'indennizzo

La centrale operativa, ricevuta tutta la documentazione di richiesta del rimborso e solo nel caso in cui tutta la documentazione presentata risulti esaustiva, provvede, se dovuto e al netto delle eventuali limitazioni e/o franchigie previste dal contratto, a comunicare alla Compagnia il benestare al pagamento e quest'ultima si impegna ad effettuare il rimborso delle spese entro 30 giorni dalla data di ricevimento del benestare.

SEZIONE 4 – ASSISTENZA

Le prestazioni Assistenza sotto riportate sono attivabili solo a seguito di una Malattia indennizzabile a termini della garanzia Malattia. Tutte le prestazioni che seguono non coprono casistiche di emergenza o di urgenza.

A.1 Garanzia Base
Si obbliga a mettere a disposizione dell'Assicurato una prestazione di immediato aiuto nel caso in cui esso venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nelle condizioni che seguono, con i limiti e secondo le disposizioni in esse contenuti.

A.2 Gestione dei Sinistri ed erogazione delle prestazioni
La Società, per la gestione e liquidazione dei Sinistri relativi alla presente Sezione, nonché per l'erogazione delle prestazioni di assistenza, si avvale della società IMA Italia Assistance S.p.A. – Piazza Indro Montanelli, 20 – 20099 Sesto San Giovanni e della sua Struttura Organizzativa.

A.3 Prestazioni

1) Consulenza medica telefonica
Qualora l'Assicurato necessiti di una consulenza medica potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad organizzare un consulto telefonico con i propri medici. Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi o prescrizioni. La prestazione è fornita 24h24, 7 gg la settimana. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 118 per le urgenze.

2) Second Opinion Medico Specialistica
Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia grave, indennizzabile da Polizza, desideri far riesaminare la propria documentazione clinica al fine di ottenere una Second Opinion, potrà contattare la Struttura Organizzativa che metterà a disposizione la propria equipe medica per sottoporre il caso al parere di uno specialista presso un centro medico d'eccellenza in Italia o all'estero.
L'Assicurato dovrà spiegare ai medici della Struttura Organizzativa il suo caso per il quale richiede la second opinion e dovrà inviare tutta la documentazione medica relativa in suo possesso. I medici della Struttura Organizzativa verificheranno tutta la documentazione pervenuta e provvederanno ad inviarla al centro medico ritenuto eccellente per la patologia dell'Assicurato.

Entro 10 gg lavorativi dalla ricezione della documentazione, la Struttura Organizzativa invierà all'Assicurato la Second Opinion scientifico-specialistica, se necessario, tradotta in lingua italiana.

La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese riguardanti l'organizzazione e l'erogazione del servizio. Il costo di ulteriori eventuali specifiche indagini cliniche o scientifiche sarà a carico dell'Assicurato. La prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali.

3) Invio di un medico in Italia
Qualora a seguito di Malattia, previa Consulenza telefonica col medico della Struttura Organizzativa, l'Assicurato necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino. La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o 24 ore su 24 sabato e domenica e nei giorni festivi, per un massimo di 3 (tre) volte per anno assicurativo. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 118 per le urgenze.

4) Rientro alla residenza a seguito dimissione ospedaliera

Qualora l'Assicurato, a seguito di un intervento chirurgico avvenuto per Malattia che abbia comportato un ricovero in un Istituto di Cura in Italia, non sia in grado di tornare al proprio domicilio autonomamente con il mezzo inizialmente utilizzato, la Struttura Organizzativa, tramite i propri medici e d'intesa con i medici curanti, definirà le modalità del rientro, tenendo a proprio carico la relativa spesa, e provvederà a organizzare il trasferimento del convalescente alla sua residenza con il mezzo più idoneo: ambulanza, treno (in 1° classe o vagone letto); l'aereo di linea (in classe economica, anche barellato).

5) Monitoraggio del ricovero ospedaliero

A seguito di ricovero ospedaliero per Malattia e su richiesta dell'Assicurato, i medici della Struttura Organizzativa stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa. La prestazione è fornita previa autorizzazione scritta dell'Assicurato rilasciata al reparto di degenza, in conformità alla normativa sulla privacy D.lgs. 196/2003.

6) Trasferimento in strutture sanitarie specializzate

Qualora l'Assicurato, per un intervento resosi necessario da Malattia e non ritenuto oggettivamente praticabile in una struttura sanitaria della Regione di sua residenza, richieda il proprio trasferimento presso altre strutture sanitarie italiane o estere specializzate per terapie o interventi chirurgici solo là effettuabili, la Struttura Organizzativa nel caso che i propri medici, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario, provvede:

a organizzare il trasferimento dell'Assicurato nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici ritengano più idonei alle sue condizioni tra aereo sanitario, aereo di linea (eventualmente barellato), treno/vagone letto (prima classe), autoambulanza, altri mezzi adatti alla circostanza. Il trasferimento dell'Assicurato con aereo sanitario può avere luogo da tutti i Paesi europei; per tutti gli altri Paesi esso avviene esclusivamente con aereo di linea, eventualmente barellato;

ad assistere l'Assicurato durante il trasferimento, se dai propri medici di guardia giudicato necessario, con personale medico e/o infermieristico.

Tutti i costi di organizzazione e di trasporto, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico inviato sul posto che accompagna l'Assicurato, sono a carico della Struttura Organizzativa. Non danno luogo al trasferimento le Malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie e le Malattie che non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio o che possano essere curate sul posto.

7) Rientro sanitario

Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero subisca una Malattia e le sue condizioni siano tali che i medici della Struttura Organizzativa, d'intesa con i medici curanti sul posto o, in assenza di questi ultimi, con il medico inviato dalla Struttura Organizzativa, ritengano necessario un rientro in un Istituto di cura prossimo alla residenza in Italia, allo scopo di assicurare una cura adeguata alle condizioni del paziente, la Struttura Organizzativa definirà le modalità del rientro e provvederà a:
- organizzare il trasferimento del paziente con il mezzo idoneo:
aereo sanitario;
l'aereo di linea (anche barellato);
l'ambulanza;
il treno 1° classe /vagone letto.

Il rientro dell'Assicurato con aereo sanitario potrà avere luogo da tutti i paesi Europei (Europa geografica) e paesi del Bacino Mediterraneo. Da tutti gli altri paesi il rientro avverrà esclusivamente con aereo di linea, eventualmente barellato e, se necessario, con accompagnamento di personale medico e/o infermieristico.
Tutti i costi di organizzazione e di trasporto del paziente, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico inviato sul posto e che lo accompagnano, sono a carico della Struttura Organizzativa.
Non danno luogo al rientro le Malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie e le Malattie che non impediscano all'Assicurato di proseguire

il viaggio o che, a giudizio dei medici, non necessitino di rientro sanitario e possano essere curate sul posto.

8) Rientro con un familiare

Qualora l'Assicurato in viaggio necessiti della prestazione "Trasferimento in strutture sanitarie in autoambulanza" e nel caso che non occorra l'assistenza medica o infermieristica, la Struttura Organizzativa provvederà a fare rientrare un familiare in viaggio con lui, con il mezzo utilizzato per il trasferimento dell'Assicurato. L'eventuale costo del trasporto è a carico della Struttura Organizzativa senza limiti per trasferimenti sul territorio nazionale e con il limite di € 500,00 dall'estero.

9) Assistenza ai minorenni

Qualora l'Assicurato in viaggio sia nell'impossibilità, a seguito di Malattia, d'occuparsi di figli minorenni che viaggiano con lui, la Struttura Organizzativa provvede a mettere a disposizione ad una persona indicata dall'Assicurato per prendersi cura di loro, un biglietto d'andata e ritorno, in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o con altro mezzo di trasporto. Il costo del trasporto è a carico della Società senza limiti per trasferimenti sul territorio nazionale e con il limite di € 1.500,00 (euromillecinquecento) fuori dal territorio della Repubblica italiana per Sinistro.

*10)*Assistenza ai familiari

Nel caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato e qualora i familiari intendano rimanere sul posto per assisterlo, la Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese di rientro all'abitazione o di pernottamento in loco e prima colazione per gli Assicurati, per una durata massima di due notti e fino ad un importo massimo di € 500,00 (euro cinquecento) IVA compresa per Sinistro.

11) Viaggio di un familiare

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato a seguito di Malattia e qualora, in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un familiare, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio del familiare mettendo a disposizione di quest'ultimo un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (1° classe), se il viaggio supera le sei ore, in aereo (classe economica) tenendo a proprio carico i relativi costi. Sono escluse le spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare e qualsiasi altre spesa al di fuori di quelle sopra indicate

*12)*Informazioni sanitarie

(in funzione dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9,00 alle ore 18,00 esclusi i festivi)

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni riguardanti il servizio sanitario pubblico e/o privato, potrà ottenerle telefonando alla Struttura Organizzativa che fornirà informazioni su:

- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati ecc.);
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli Istituti di Cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti ed uffici competenti;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- medici specialisti.

*13)*Invio di ambulanza per trasporto programmato in ospedale in Italia, eccetto trasporto primario di urgenza

Qualora a seguito di Malattia e successivamente ad una Consulenza Medica telefonica, necessiti di un trasporto in ambulanza per un ricovero, la Struttura Organizzativa provvederà, su richiesta dell'Assicurato, ad organizzare il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico più vicino. La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico i costi del percorso complessivo (andata/ritorno), fino ad un massimo di € 155,00 (centocinquantacinque) (IVA inclusa) per Sinistro e per un massimo di 3 (tre) volte per anno assicurativo. Non danno luogo alla

prestazione i trasporti per terapie continuative. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 118 per le urgenze.

14) Traduzione della cartella Clinica

Qualora l'assicurato, a seguito di Malattia, necessiti del consulto con uno specialista straniero ovvero del trasferimento in un istituto di cura all'estero, la Struttura Organizzativa provvederà alla traduzione della cartella clinica dell'assicurato e dell'eventuale diagnosi, tenendo a proprio carico il relativo costo. L'assicurato potrà altresì richiedere la traduzione in lingua italiana della cartella clinica rilasciata dall'istituto di cura straniero presso cui l'assicurato stesso abbia avuto la necessità di ricoverarsi in seguito ad Malattia.

15) Rientro salma

Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero sia deceduto a seguito di Malattia, la Struttura Organizzativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Società a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di € 3.000,00 (euro tremila) ancorché siano coinvolti più Assicurati. Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore ditale importo, la prestazione diventerà operante dal momento in cui la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.
Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

16) Interprete a disposizione

Qualora l'Assicurato, trovandosi all'estero, venisse ricoverato in Istituto di cura e avesse difficoltà a comunicare con i medici perché non conosce la lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete sul posto. I costi dell'interprete saranno a carico della Società per un massimo di 8 ore lavorative.

17) Consegna referti

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a uscire autonomamente a seguito di Malattia, certificata dal medico curante, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di ritirare per suo conto referti di accertamenti diagnostici effettuati per poi recapitarli presso il proprio domicilio o consegnarli al medico curante.
La Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un corrispondente al domicilio del Cliente, al quale consegnare la delega per il ritiro dei documenti.
La prestazione è fornita con un preavviso di 48 (quarantotto) ore per un massimo di 4 (quattro) volte per Sinistro e per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

18) Consegna farmaci presso l'abitazione

Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia, per le cure del caso, necessiti, secondo prescrizione medica, di specialità medicinali (sempre che commercializzate in Italia), la Struttura Organizzativa provvederà alla ricerca ed alla consegna dei farmaci.
Restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

19) Invio medicinali all'estero

Qualora l'Assicurato, necessiti di medicinali regolarmente prescritti da un medico, introvabili sul posto e purché commercializzati in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà a reperirli ed a inviarli con il mezzo più rapido e nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali.
La Struttura Organizzativa terrà a suo carico le spese relative al reperimento ed alla spedizione dei medicinali, mentre il costo degli stessi resta a carico dell'Assicurato. In alternativa la Struttura Organizzativa potrà fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale.

20) Anticipo spese mediche

Qualora in conseguenza di Sinistro all'estero, l'Assicurato debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Struttura Organizzativa provvederà al pagamento sul posto, per conto dell'Assicurato, di fatture fino ad un importo massimo di € 3.000,00 (euro tremila) per Sinistro.

L'Assicurato deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria ed il suo recapito. Poiché la prestazione rappresenta unicamente un'anticipazione, l'Assicurato deve fornire garanzie bancarie o d'altro tipo, ritenute adeguate dalla Struttura Organizzativa, per la restituzione dell'anticipo.

ASSISTENZA DOMICILIARE IN ITALIA

21) Invio baby sitter

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero in ospedale, a causa di Malattia, si trovi nell'impossibilità di occuparsi dei minori di anni 15 (quinidici), la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente una baby sitter, salvo disponibilità, tenendo a proprio carico l'onorario per un totale di € 50,00 (euro cinquanta) al giorno per un massimo di 5 (cinque)giorni per Sinistro. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

22) Accompagnamento scuola minori (prestazione in alternativa all'invio baby sitter)

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero in ospedale, a causa di Malattia, si trovi nell'impossibilità di accompagnare a scuola i minori di anni 15 (quindici), la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente all'abitazione dell'Assicurato un taxi tenendo a proprio carico il costo fino ad un Massimale di € 150,00 (euro centocinquanta) complessivi per Sinistro. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

23) Custodia animali

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero in ospedale a causa di Malattia, e non esistendo la possibilità di affidare i suoi animali domestici ad un familiare, sia impossibilitato ad accudire i propri animali domestici, la Struttura Organizzativa provvederà a custodirli in idonea struttura tenendo a proprio carico le spese di pensionamento fino ad un Massimale di € 200,00 (euro duecento) complessivi per Sinistro. Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione.

A.4 Rischi esclusi dall'Assicurazione

Relativamente a tutte le Sezioni e ferme restando le esclusioni specifiche di sezione si conviene che

1. Tutte le prestazioni non sono dovute per Sinistri provocati o dipendenti da:

a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
c) dolo dell'Assicurato;
d) suicidio o tentato suicidio;
e) Malattie nervose e mentali, le Malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° (ventiseiesima) settimana di gestazione e dal puerperio;
f) Malattie e Infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
g) le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

2. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
3. La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

4. Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 Cod.Civ.
5. Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del Sinistro.
6. L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai Sinistri formanti oggetto della presente Assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del Sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del Sinistro stesso.
7. La Polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla Polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.

A.5 Estensione territoriale
L'Assicurazione Assistenza avrà vigore in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

A.6 Modalità e norme per la richiesta di assistenza
Per erogare le prestazioni la Struttura Organizzativa sarà a disposizione tutti i giorni dell'anno, 24h/24, di tutti gli assicurati che chiameranno al seguente numero dall'Italia:

dall'Italia: 800 327605

dall'Estero: +39 02 24128 391

In caso d'impossibilità nel contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa potrà farlo tramite fax al n. 02/24128245.

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

1. Il tipo di assistenza di cui necessita

2. Nome e Cognome

4. Indirizzo del luogo in cui si trova

5.Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarla nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

SEZIONE 5 - TUTELA LEGALE

5

PREMESSA

Si precisa che la Società – in forza di una Convenzione - ha scelto di affidare la gestione dei Sinistri di Tutela Legale a:
D.A.S. Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A. con sede in Via Enrico Fermi 9/B – 37135 Verona
Numero verde: 800.28.23.23 e-mail Sinistri@das.it – sito web www.das.it, (di seguito denominata "DAS").
A quest'ultima dovranno essere inviate, in via preferenziale, tutte le denunce, i documenti ed ogni altra comunicazione relativa ai Sinistri, secondo quanto indicato all'Art. 7.

Art. 1) Oggetto dell'Assicurazione

La Società assume a proprio carico, nei limiti del Massimale pattuito e delle condizioni previste in Polizza, il rischio dell'assistenza stragiudiziale e giudiziale che si rendano necessarie a tutela dei diritti delle Persone Assicurate, conseguente a un Sinistro rientrante in garanzia.
Rientrano in garanzia le seguenti spese:

a) di assistenza in sede stragiudiziale;
b) per l'intervento di un legale incaricato alla gestione del Sinistro;
c) per l'intervento di un perito/consulente tecnico d'ufficio e/o di un consulente tecnico di parte;
d) di giustizia;
e) di soccombenza, liquidate a favore di controparte, con esclusione di quanto derivante da vincoli di solidarietà;
f) conseguenti ad una transazione autorizzata da DAS, comprese le spese della controparte, sempre che siano state autorizzate da DAS;
g) degli arbitri e del legale intervenuti nel caso in cui una controversia che rientri in garanzia debba essere deferita e risolta in Arbitrato;
h) per accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei Sinistri;
i) per la redazione di denunce, querele, istanze all'autorità giudiziaria;
j) per l'indennità, posta ad esclusivo carico dell'assicurato e con esclusione di quanto derivante da vincoli di solidarietà, spettante agli organismi di mediazione, se non rimborsata dalla controparte a qualunque titolo, nei limiti di quanto previsto nelle tabelle delle indennità spettanti agli organismi pubblici;
k) per l'esecuzione forzata, nel limite dei primi due tentativi;
l) per il contributo unificato per le spese degli atti giudiziari, se non rimborsato dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima.

Art. 2) Ambito dell'Assicurazione
Con riferimento all'art. 1 "Oggetto dell'Assicurazione", la garanzia riguarda la tutela dei diritti delle Persone Assicurate in conseguenza di un evento indennizzabile ai sensi della presente Polizza
La garanzia opera per:

1) ottenere il risarcimento di danno extracontrattuale subito per fatto illecito di terzi; qualora l'evento che ha causato la Malattia abbia contestualmente causato anche un danno a cose, la garanzia vale anche per il recupero dei danni materiali;
2) sostenere vertenze di natura contrattuale o extracontrattuale nei confronti di medici o altri professionisti in ambito sanitario o di strutture sanitarie pubbliche o private, ai quali l'Assicurato si sia rivolto per le cure in seguito alla Malattia;
3) sostenere controversie nei confronti di enti e/o assicurazioni previdenziali e assistenziali riferite a prestazioni connesse con la Malattia. Sono escluse le controversie nei confronti di imprese di Assicurazione in relazione a polizze che coprono tale rischio.

Art. 3) Consulenza Legale Telefonica
A integrazione di tale garanzia, DAS offre un servizio di consulenza telefonica nell'ambito delle materie previste in Polizza, tramite numero verde 800.28.23.23. L'Assicurato potrà telefonare in orario d'ufficio (dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00) e ottenere consulenza legale per:

- affrontare in modo corretto controversie di natura legale;
- impostare correttamente comunicazioni rivolte a controparti, come ad esempio richieste di risarcimento o diffide;
- ottenere chiarimenti su leggi, decreti e normative vigenti.

Art. 4) Persone assicurate
Le garanzie operano a favore delle persone indicate in Polizza.
Nel caso il Contraente opti per assicurare il nucleo familiare, le garanzie operano a favore del Contraente, del coniuge o in alternativa del convivente more uxorio, dei figli fiscalmente a carico, anche non conviventi; dei figli fiscalmente non a carico purché conviventi (fino al 26° - leggasi: ventiseiesimo - anno di età).

Art. 5) Dove operano le garanzie
Le garanzie riguardano i Sinistri che insorgono e debbano essere processualmente trattati ed eseguiti:

- in tutti gli Stati d'Europa, nell'ipotesi di danno extracontrattuale;
- in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino, negli altri casi.

Art. 6) Esclusioni
La Società non assume a proprio carico il pagamento di multe o ammende e, fatta eccezione per il contributo unificato e per l'IVA esposta nelle fatture dei professionisti incaricati, gli oneri fiscali che dovessero presentarsi nel corso o alla fine della vertenza.
La garanzia è esclusa per:
a) Sinistri derivanti da fatti dolosi compiuti dall'Assicurato;
b) danni subiti per disastro ecologico, atomico, radioattivo;
c) vertenze con imprese di Assicurazione.

Art. 7) insorgenza del Sinistro – Operatività della garanzia
Il Sinistro si intende insorto e quindi verificato nel momento in cui la controparte o un terzo avrebbero iniziato a violare norme di legge o di Contratto.
La garanzia assicurativa riguarda i Sinistri che insorgono dalle ore 24 del giorno di stipulazione del Contratto.
La garanzia si estende ai Sinistri che siano insorti durante il periodo di validità del Contratto dei quali l'Assicurato sia venuto a conoscenza entro 360 giorni dalla cessazione del Contratto stesso e che siano stati denunciati a DAS nei termini previsti dalla legge.
Il Sinistro è unico a tutti gli effetti:
- in presenza di vertenze promosse da o contro una o più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse;
- in presenza di procedimenti, anche di natura diversa, dovuti al medesimo evento-fatto nei quali siano coinvolte una o più persone assicurate.

In caso di vertenza tra più Assicurati, nell'ambito dello stesso Contratto, la garanzia verrà prestata solo a favore del Contraente.

Art. 8) Denuncia del Sinistro e scelta del legale rappresentante
Per denunciare un Sinistro, l'Assicurato dovrà segnalare tempestivamente l'accaduto a DAS attraverso una delle seguenti modalità:
1. DENUNCIA TELEFONICA al numero verde 800-28.23.23; gli esperti di DAS raccoglieranno la denuncia, indicheranno i documenti necessari per l'attivazione della garanzia in funzione della tipologia, forniranno tutte le informazioni relative alle modalità di gestione del caso assicurativo e rilasceranno un numero identificativo della pratica.
2. DENUNCIA SCRITTA: la denuncia scritta, unitamente a copia di tutti gli atti e documenti necessari, dovrà essere inviata a DAS:
- per posta elettronica a: Sinistri@das.it
- per posta ordinaria a: D.A.S. Spa, Via E. Fermi 9/B, 37135 Verona.

I documenti necessari da allegare alla denuncia, a titolo esemplificativo, sono:
- una sintetica descrizione di quanto accaduto;
- generalità e recapiti della controparte;
- copia della corrispondenza intercorsa;
- copia di contratti, documentazione fiscale e contabile, verbali delle Autorità eventualmente intervenute, documentazione fotografica, ecc.;
- copia dell'Avviso di Garanzia o ogni altro Atto civile, penale o amministrativo notificato.

Tutta la documentazione dovrà essere regolarizzata a spese dell'Assicurato secondo le norme fiscali di bollo e di registro.
In mancanza di idonea documentazione a supporto della denuncia, DAS non sarà responsabile di eventuali ritardi nella gestione del caso assicurativo.
L'Assicurato dovrà far pervenire a DAS la notizia di ogni atto, a lui formalmente notificato secondo la normativa vigente, tempestivamente e, comunque, entro il termine utile per la difesa. Contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo o al momento dell'avvio dell'eventuale fase giudiziale, l'Assicurato può indicare a DAS un legale – residente in una località facente parte del Circondario del Tribunale ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a decidere la controversia – al quale affidare la pratica per il seguito giudiziale, ove il tentativo di bonaria definizione non abbia esito positivo.
Se l'Assicurato sceglie un legale non residente presso il Circondario del Tribunale competente, la DAS garantirà gli onorari del domiciliatario, con il limite della somma di € 3.000 (euro tremila). Tale somma è compresa nei limiti del Massimale per Sinistro e per anno.
La scelta del legale fatta dall'Assicurato è operante fin dalla fase stragiudiziale, ove si verifichi una situazione di conflitto di interessi con la Società o con DAS.

Art. 9) Gestione del Sinistro
Ricevuta la denuncia del caso assicurativo, DAS (ai sensi dell'art. 164 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni Private – D. Lgs 209/05) si adopera per gestire la fase stragiudiziale, direttamente o a mezzo di professionisti da essa incaricati, e di svolgere ogni possibile tentativo per una bonaria definizione della controversia. A tal fine l'Assicurato dovrà rilasciare a DAS, ove da questa richiesto, apposita procura per la gestione della controversia. In tale fase stragiudiziale, la DAS valuterà l'opportunità di ricorrere o aderire ad un procedimento di mediazione, riservandosi nel primo caso la scelta dell'Organismo di mediazione.
Ove la composizione bonaria non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, DAS trasmette la pratica al legale designato ai sensi dell'art. 8, Denuncia del Sinistro e scelta del legale".
Si conviene inoltre che per ogni stato della vertenza e grado del giudizio:

a) l'Assicurato deve tenere aggiornata DAS su ogni circostanza rilevante ai fini dell'erogazione delle prestazioni previste in Polizza, pena la decadenza dal diritto alle prestazioni previste in Polizza;
b) gli incarichi ai periti devono essere preventivamente concordati con DAS, pena il mancato rimborso della relativa spesa;
c) gli incarichi ai legali devono essere preventivamente concordati con DAS, sempre che le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo; agli stessi l'Assicurato rilascerà le necessarie procure; in caso contrario l'Assicurato decadrà dal diritto alle prestazioni previste in Polizza;
d) l'Assicurato, senza preventiva autorizzazione di DAS, non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, che comporti oneri a carico di DAS, pena la decadenza dal diritto alle prestazioni previste in Polizza. Fanno eccezione i casi di comprovata urgenza – con conseguente impossibilità per l'Assicurato di preventiva richiesta di benestare – i quali verranno ratificati da DAS a seguito di verifica dell'effettiva urgenza e congruità dell'operazione.

La Società e DAS non sono responsabili dell'operato di legali e periti.

Art. 10) Disaccordo sulla gestione del caso assicurativo - Arbitrato
In caso di divergenza di opinione fra l'Assicurato e DAS sulle possibilità di esito positivo, o comunque più favorevole all'Assicurato, di un Giudizio o di un ricorso al Giudice Superiore, la questione, a richiesta di una delle parti da formularsi con lettera raccomandata, potrà essere demandata ad un arbitro sulla cui designazione le parti dovranno accordarsi.
Se un tale accordo non si realizza, l'arbitro verrà designato dal Presidente del Tribunale del Foro competente, ai sensi di legge.
L'arbitro deciderà secondo equità e le spese di arbitrato saranno a carico della parte soccombente.
Qualora la decisione dell'arbitro sia sfavorevole all'Assicurato, questi potrà ugualmente procedere per proprio conto e rischio con facoltà di ottenere da DAS la rifusione delle spese incontrate, e non liquidate dalla controparte, nel caso in cui il risultato in tal modo conseguito sia più favorevole di quello in precedenza prospettato o acquisito da DAS stessa, in linea di fatto o di diritto.

Art. 11) Recupero di somme
Tutte le somme liquidate o comunque recuperate per capitale e interessi spettano esclusivamente all'Assicurato, mentre spetta a DAS quanto liquidato a favore anche dello stesso Assicurato per spese, competenze e onorari in ambito giudiziale e stragiudiziale.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINI CONTRATTUALI

(ai sensi del Regolamento Europeo in materia di Protezione dei Dati Personali n. 679/2016-GDPR)INDICE

PREMESSA - PERCHÈ QUESTA INFORMATIVA
1. CHI SIAMO
2. CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI
3. DIRITTI PREVISTI DALLA LEGGE
4. QUALI DATI PERSONALI VENGONO RACCOLTI E COME SONO UTILIZZATI?
5. CON QUALI MODALITÀ SONO UTILIZZATI I DATI PERSONALI?
6. FONDAMENTI GIURIDICI PER L'UTILIZZO DELLE INFORMAZIONI DELL'UTENTE
7. RICHIESTE ALLA SOCIETÀ
8. MODIFICHE
9. DEFINIZIONI

PREMESSA - PERCHE' QUESTA INFORMATIVA

Gentile Cliente,

per fornirLe i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere e utilizzare alcuni dati che La riguardano. Tali dati potranno essere forniti direttamente da Lei (per esempio, attraverso il sito www.bene.it "Sito") oppure attraverso altri soggetti. La invitiamo pertanto a leggere attentamente le seguenti informazioni sulla privacy in ottemperanza agli artt. 12, 13 e 14 (nel caso si tratti di dati personali non ottenuti presso l'interessato ma da altre fonti) del Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei dati n. 679/2016 (di seguito anche solo "GDPR"), e successive modifiche ed integrazioni, per comprendere appieno su quali basi vengono raccolti i dati personali, come vengono utilizzati e conservati e a chi sono divulgati, in particolare relativamente a:

- Calcolo dei preventivi
- Stipula del contratto e adempimenti obbligatori
- Assistenza clienti

1 CHI SIAMO

Questa comunicazione viene resa disponibile nella sua qualità di Titolare del trattamento da: Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit (di seguito "Titolare" o "Società"), con sede legale in Via dei Valtorta, 48 – 20127 Milano, Italia. Bene Assicurazioni S.p.A., è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n.0237415 del 21/12/2016, è iscritta all'Albo delle Imprese di assicurazione IVASS al numero 1.00180 ed è una società soggetta alla direzione e coordinamento di Bene Holding S.p.A, appartenente al Gruppo Assicurativo Bene (di seguito "Gruppo") con numero di iscrizione Albo Gruppi Assicurativi n. 054. Eventuali richieste potranno essere inviate a Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit – Servizio Clienti, via e-mail all'indirizzo: clienti@bene.it oppure telefonicamente al numero 02 814 800 70.

2 CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI

La Società ha un legittimo interesse a trasmettere dati personali all'interno del Gruppo a fini amministrativi interni, compreso il trattamento di dati personali dei clienti o dei dipendenti, anche includendoli in database centralizzati. I dati personali potranno essere accessibili da tutte le

Società facenti parte del Gruppo e dai soggetti da queste autorizzati al trattamento dei dati nel rispetto dei reciproci accordi di trattamento dei dati.

La Società potrà comunicare inoltre i dati a società o soggetti, esterni rispetto all'organizzazione del Titolare, con i quali la Società abbia concluso appositi contratti di servizi. Tali soggetti agiscono in qualità di Titolari autonomi o Responsabili del trattamento. In particolare, i dati personali potranno essere comunicati:

- a soggetti che appartengono alla c.d. "catena assicurativa", quali assicuratori, co-assicuratori, riassicuratori, officine di riparazione, periti, medici legali, a soggetti che gestiscono le transazioni di pagamento online;
- a soggetti che hanno accesso ai dati in forza di provvedimenti normativi o amministrativi (IVASS, in generale pubbliche autorità di controllo), organismi associativi o consortili (ANIA);
- a Banche e/o Istituti di pagamento;
- a Studi di consulenza legale, amministrativa e fiscale, qualora la comunicazione risulti necessaria o funzionale al corretto adempimento degli obblighi contrattuali assunti in relazione ai servizi prestati.

Per le finalità sopra descritte, i dati possono essere trasferiti anche al di fuori dell'Unione Europea in base a una decisione di adeguatezza della Commissione Europea ovvero mediante garanzie adeguate quali le clausole tipo di protezione dei dati adottate dalla Commissione Europea ovvero le norme vincolanti di impresa ovvero mediante le modalità previste dal GDPR.

È possibile richiedere un elenco aggiornato dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza, in qualità di Titolari autonomi o Responsabili del trattamento contattando il Titolare ai recapiti indicati nell'informativa.

3 DIRITTI PREVISTI DALLA LEGGE

La legge garantisce una serie di diritti relativi ai propri dati personali. La Società si impegna a proteggere i dati personali e a rispettare le leggi in materia di privacy dei dati di volta in volta in vigore. Maggiori informazioni e suggerimenti sui diritti possono ottenersi dall'Autorità nazionale competente per la tutela dei dati personali (www.garanteprivacy.it).

Diritti	Cosa significa?
1. Diritto all'informazione	È il diritto dell'utente di ricevere informazioni chiare, trasparenti e facilmente comprensibili sulle modalità di utilizzo dei suoi dati personali e sui propri diritti. È per tale motivo che vengono fornite le informazioni contenute in questa Informativa.
2. Diritto di accesso	È il diritto dell'utente di ottenere l'accesso ai propri dati (se tali dati sono oggetto di trattamento) e ad altre informazioni (simili a quelle fornite nella presente informativa sulla privacy). Lo scopo è far sì che l'utente sia a conoscenza e possa verificare se i suoi dati personali sono utilizzati in conformità con la legge sulla privacy dei dati.
3. Diritto di rettifica	È il diritto dell'utente di far correggere le informazioni in caso di inesattezza o incompletezza.
4. Diritto di cancellazione o Diritto all'oblio	È il diritto dell'utente di richiedere la cancellazione o la rimozione dei dati laddove non vi sia alcun motivo valido per continuare a utilizzarli. Non si tratta di un diritto indiscriminato alla cancellazione, in quanto è limitato da eccezioni.
5. Diritto di limitare il trattamento dei dati	È il diritto dell'utente di 'bloccare' o inibire l'utilizzo ulteriore delle informazioni. Quando il trattamento dei dati è limitato, la Società può comunque conservare le informazioni ma non può utilizzarle ulteriormente. La Società conserva elenchi di

	persone che hanno richiesto il "blocco" di un ulteriore utilizzo delle loro informazioni per garantire che tale vincolo sia rispettato in futuro.
6. Diritto alla portabilità dei dati	È il diritto dell'utente di ottenere e riutilizzare i propri dati personali per le sue finalità in diversi servizi. Ad esempio, se decide di passare a un nuovo fornitore, questo diritto consente di spostare, copiare o trasferire facilmente le informazioni tra i sistemi informatici dell'azienda e i loro sistemi in modo sicuro e protetto, senza comprometterne l'usabilità.
7. Diritto di obiezione al trattamento	È il diritto dell'utente di opporsi al trattamento per finalità di marketing diretto (realizzato solo previo consenso) e anche al trattamento che è eseguito per finalità di tutela di legittimi interessi della Società.
8. Facoltà di avanzare reclami	È il diritto dell'utente di presentare un reclamo sulle modalità con cui la Società tratta o elabora i suoi dati personali presso il garante nazionale per la privacy dei dati.
9. Diritto di revoca del consenso	È il diritto dell'utente di revocare in qualsiasi momento il proprio consenso, precedentemente reso, per lo svolgimento di qualsiasi attività che implichi il trattamento dei propri dati personali. L'esercizio di tale diritto non comporta l'illiceità di quanto realizzato fino a quel momento con i dati personali dell'utente ed il suo consenso al trattamento. Esso può consistere anche nella sola revoca del consenso all'utilizzo dei dati personali per i soli scopi di marketing.

Per maggiori informazioni su come esercitare i diritti, scrivere a clienti@bene.it, contattare il servizio clienti al numero 02 814 800 70 oppure scrivere all'indirizzo e-mail di contatto del DPO (Data Protection Officer / Responsabile Protezione Dati) della Società: dpo@bene.it.

4 QUALI DATI PERSONALI VENGONO RACCOLTI E COME SONO UTILIZZATI?

Che cosa sono i dati personali?

I dati personali sono quelle informazioni che, direttamente o indirettamente, permettono di identificare l'utente come persona fisica. Per "direttamente" si intende, per esempio il nome, il cognome e l'indirizzo; per "indirettamente" si intende una fattispecie in cui i dati sono trattati unitamente ad altre informazioni.

4.1 Calcolo dei preventivi Stipula del contratto e adempimenti obbligatori

Dati raccolti per l'invio di informazioni e di preventivi sui servizi assicurativi della Società in risposta a richieste direttamente formulate (attraverso un intermediario della Società ovvero attraverso siti web) e/o per l'eventuale conclusione del contratto di assicurazione) e conseguente gestione ed esecuzione del contratto stesso.

Finalità e base giuridica del trattamento	Raccolta di informazioni pre-contrattuali al fine del calcolo del preventivo per i servizi assicurativi. La base giuridica è costituita dalla norma di legge e/o il contratto.
Periodo di conservazione	Tempistiche compatibili con la finalità della raccolta relativi a termini contrattuali o specifici obblighi di legge.
Conferimento	Il conferimento dei dati necessari a tali finalità è obbligatorio ed il relativo trattamento non richiede il consenso degli interessati.

4.2 Stipula del contratto e adempimenti obbligatori

Dati raccolti per l'adempimento di obblighi di legge e/o regolamentari (come, ad esempio, la valutazione di adeguatezza del contratto) e/o disposizioni di organi pubblici e pubbliche autorità.

4.3 Assistenza Clienti

Gestione dei sinistri. Ai fini della presentazione e offerta del contratto di assicurazione e/o della conclusione dello stesso non è prevista l'acquisizione di dati idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato da parte della Società. I dati in questione potrebbero eventualmente essere acquisiti e trattati solo in occasione della denuncia di un sinistro. In tale ipotesi, il trattamento sarà effettuato nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Gestione dei reclami. Nel reclamo potranno essere raccolti i seguenti dati: Nome, Cognome, indirizzo completo dell'esponente; Numero della polizza e nominativo del Contraente; Numero e data del sinistro al quale si fa riferimento; Indicazioni del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

Finalità e base giuridica del trattamento	Gestione dei sinistri (obblighi contrattuali, legittimo interesse e nel caso consenso dell'interessato). Gestione reclami (obblighi contrattuali e legittimo interesse)
Periodo di conservazione	Tempistiche compatibili con la finalità della raccolta.
Conferimento	Obbligatorio per poter gestire sinistri e reclami.

5 CON QUALI MODALITÀ SONO UTILIZZATI I DATI PERSONALI?

Il trattamento è effettuato con l'ausilio di strumenti manuali, informatici, elettronici o comunque automatizzati, direttamente dal Titolare o da soggetti terzi (in qualità di titolari autonomi, facenti parte della c.d. catena assicurativa ovvero da soggetti preposti al trattamento dal Titolare). I dati sono trattati per il tempo necessario a conseguire le finalità sopra indicate e nei termini previsti dalla legge o dai provvedimenti del Garante. I dati sono trattati utilizzando misure di sicurezza tecniche e organizzative adeguate al livello di rischio, in modo da ridurne al minimo i rischi di distruzione o perdita, di modifica, di accesso non autorizzato o di trattamento non conforme alle finalità della raccolta.

6 FONDAMENTI GIURIDICI PER L'UTILIZZO DELLE INFORMAZIONI DELL'UTENTE

Quando la Società si basa sui suoi legittimi interessi per raccogliere e utilizzare i dati personali dell'utente, deve considerare se tali legittimi interessi siano superati dagli interessi dell'utente o da suoi diritti e libertà fondamentali. La Società li può proseguire solo se decide che gli interessi, i diritti e le libertà dell'utente non prevalgono sui legittimi interessi dell'azienda. La Società ha preso in considerazione tali questioni e, laddove ritenga che ci sia il rischio che uno degli interessi o diritti e libertà fondamentali dell'utente possa essere pregiudicato, non utilizzerà i dati personali a meno che non ci sia una diversa base giuridica per farlo (necessaria per l'esecuzione del contratto con l'utente o sulla base del consenso ricevuto dall'utente stesso).

7 RICHIESTE ALLA SOCIETÀ

La Società è tenuta per legge a dare seguito alle richieste e fornire informazioni gratuitamente, tranne nel caso in cui le richieste siano manifestamente infondate o eccessive (specialmente a causa della loro natura ripetitiva), in tal caso la Società potrebbe addebitare un costo ragionevole (tenendo conto dei costi amministrativi necessari per fornire le informazioni o le comunicazioni, o per intraprendere l'azione richiesta), o rifiutarsi di dare seguito alla richiesta.
Si prega di ponderare in modo responsabile la richiesta prima di inoltrarla. La Società risponderà non appena possibile. Generalmente ciò avviene entro un mese dalla ricezione della richiesta, qualora dovesse richiedere più tempo, la Società contatterà l'utente e lo informerà.

8 MODIFICHE

La presente Informativa è in vigore dal 24 maggio 2018. La Società si riserva di modificarne o semplicemente aggiornarne il contenuto, in parte o completamente, anche a causa di variazioni della normativa applicabile. La Società invita l'Interessato a visitare con regolarità il sito www.bene.it per prendere cognizione della più recente ed aggiornata versione dell'Informativa in modo da essere sempre aggiornato sui Dati Personali raccolti e sull'uso che ne fa la Società.

9 DEFINIZIONI

1) «dato personale»: 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;

2) «trattamento»: qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione;

3) «titolare del trattamento»: la persona fisica o giuridica, l'Autorità pubblica, il servizio o altro organismo che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento di dati personali; quando le finalità e i mezzi di tale trattamento sono determinati dal diritto dell'Unione o degli Stati membri, il titolare del trattamento o i criteri specifici applicabili alla sua designazione possono essere stabiliti dal diritto dell'Unione o degli Stati membri;

4) «responsabile del trattamento»: la persona fisica o giuridica, l'Autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta dati personali per conto del titolare del trattamento;

5) «destinatario»: la persona fisica o giuridica, l'Autorità pubblica, il servizio o un altro organismo che riceve comunicazione di dati personali, che si tratti o meno di terzi. Tuttavia, le Autorità pubbliche che possono ricevere comunicazione di dati personali nell'ambito di una specifica indagine conformemente al diritto dell'Unione o degli Stati membri non sono considerate destinatari; il trattamento di tali dati da parte di dette Autorità pubbliche è conforme alle norme applicabili in materia di protezione dei dati secondo le finalità del trattamento;

6) «terzo»: la persona fisica o giuridica, l'Autorità pubblica, il servizio o altro organismo che non sia l'Interessato, il titolare del trattamento, il responsabile del trattamento e le persone autorizzate al trattamento dei dati personali sotto l'Autorità diretta del titolare o del responsabile;

7) «consenso dell'interessato»: qualsiasi 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, che i dati personali che lo riguardano siano oggetto di trattamento;

8) «violazione dei dati personali»: la violazione di sicurezza che comporta accidentalmente o in modo illecito la distruzione, la perdita, la modifica, la divulgazione non autorizzata o l'accesso ai dati personali trasmessi, conservati o comunque trattati.

.

RIFERIMENTI UTILI
(Numeri e indirizzi per ogni esigenza)

AREA SELF CLIENTI

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

INTERMEDIARIO

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

ASSISTENZA CLIENTI

Numero	02 814 800 70
Orari	Lun-Gio: dalle 10 alle 12 e dalle 15 alle 17
	Ven: dalle 10 alle 12
Mail	clienti@bene.it

SERVIZIO RECLAMI

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

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi a: IVASS (Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni) Via del Quirinale, 21 00187 Roma - Tel.: 06 421331 - Fax: 06 42133 745 - 06 42133 3

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

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

www.bene.it

Capitale sociale 25.199.000 euro i.v. Codice fiscale e partita IVA n. 09599100964

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

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

Numero iscrizione Albo gruppi assicurativi n. 054