

GLOBAL ASSISTANCE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. – Gruppo Assicurativo Ri.Fin

Assicurazione Sanitaria

GLOBAL PROTEZIONE SALUTE

Ed. 4/SL2

SET INFORMATIVO

Il presente set informativo contiene:

1. **DIP DANNI** - Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi danni
2. **DIP AGGIUNTIVO DANNI** - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
3. **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE, comprensive di glossario.**

AVVERTENZA: Prima della sottoscrizione leggere il set informativo

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

Che tipo di assicurazione è?

Polizza individuale che assicura le sole persone fisiche (ed eventualmente il relativo nucleo familiare), titolari di un conto corrente presso il Credito Valtellinese S.p.A., per le spese mediche nei casi di infortunio, malattia, aborto terapeutico e parto.



Che cosa è assicurato?

Le coperture assicurative offerte dal presente contratto sono:

Garanzia principale:



SPESE MEDICHE

rimborso delle **Spese Mediche da malattia, infortunio, aborto terapeutico o parto** nei seguenti casi:

- in presenza di Ricovero (con o senza intervento chirurgico, Day Hospital), per il rimborso delle spese mediche sanitarie sostenute dall'Assicurato durante il ricovero, nonché nei 90 giorni precedenti e in caso di intervento chirurgico nei 90 giorni successivi, incluse le spese dell'accompagnatore in caso di ricovero di un minore, di trapianto e per tutti i ricoveri superiori ai 7 giorni;

- in Assenza di Ricovero, limitatamente alle spese di **Alta Specializzazione** (Chemioterapia, Cobaltoterapia, Dialisi, Doppler, Elettrocardiografia, Elettroencefalografia, Laserterapia, Risonanza Magnetica Nucleare, Scintigrafia, Tomografia Assiale Computerizzata (TAC), Telecuore, Radioterapia, Ecodoppler, Prestazioni di Medicina Nucleare, Ecocardiografia, Endoscopia); **Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici, Interventi chirurgici ambulatoriali, Lenti ed occhiali.**

Garanzie opzionali:

ASSISTENZA ALLA PERSONA, in caso di malattia o infortunio, erogata direttamente tramite una Centrale Operativa h/24;

TUTELA LEGALE, per tutelarsi nei casi di malasanità legati ad un ricovero.

Le garanzie sono prestate entro i seguenti massimali:

- **SPESE MEDICHE**: fino ad € 200.000 (da intendersi, in base alla scelta da effettuarsi alla sottoscrizione del contratto, quale massimale annuo "per singolo assicurato" o annuo "per nucleo familiare" assicurato);

- **TUTELA LEGALE**: fino ad € 10.000 per caso assicurativo senza limiti di casi all'anno;

- **ASSISTENZA ALLA PERSONA**: prestazioni con massimali standard.



Che cosa non è assicurato?

Non è assicurato:

- ✗ l'aborto volontario;
- ✗ trattamenti fisioterapici in caso di assenza di ricovero;
- ✗ il parto, se non effettuato in struttura ospedaliera;
- ✗ le spese specialistiche pediatriche e ginecologiche "routinarie";
- ✗ le spese di lenti e occhiali in assenza di patologia e prescrizione.



Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dall'Assicurazione principalmente i sinistri derivanti da:

- ! dolo del Contraente e/o delle persone Assicurate;
- ! guerra (anche civile, dichiarata o meno), rivoluzioni, insurrezioni, sommosse, tumulti popolari, saccheggi, atti di sabotaggio, terrorismo e vandalismo, terremoti, eventi tellurici, alluvione, eruzioni vulcaniche, tsunami e ogni fenomeno di calamità naturale;
- ! scioperi o serrate; fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- ! detenzione od impiego di sostanze radioattive; fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente;
- ! conseguenza diretta o indiretta di attività sportive svolte a titolo professionale;
- ! svolgimento di attività sportive ad alto rischio (ad es. alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai di grado superiore al 3°, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, paracadutismo, immersione con autorespiratore, ecc);
- ! abuso di alcolici o psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti e di allucinogeni;
- ! suicidio o tentato suicidio; malattie neuropsichiatriche nervose o mentali o da patologie che possano essere diretta espressione e conseguenza della terapia cronica con farmaci antipsicotici e/o antidepressivi;
- ! malattie preesistenti note ed eliminazione o correzione di malformazioni e difetti fisici preesistenti;

Sono inoltre esclusi:

- ! i sinistri occorsi nell'esercizio delle proprie incombenze a membri delle forze armate ed alle persone arruolate nel servizio di leva volontaria e per i quali disposizioni delle Autorità locali vietino o rendano impossibile la prestazione assicurativa.



Dove vale la copertura?

- L'assicurazione vale per il mondo intero, tranne che per la garanzia "Tutela Legale" che vale per i Casi Assicurativi che insorgono in Europa o negli stati extraeuropei posti nel Bacino del Mare Mediterraneo, sempreché il Foro competente, ove procedere, si trovi in questi territori.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete relative alla tua persona e al tuo stato di salute;
- se hai un'età pari o superiore ai 50 anni o hai in corso (o hai avuto in passato) problemi di salute, hai l'obbligo di compilare il questionario sanitario che sarà valutato dalla Compagnia;
- devi inoltre comunicare alla Compagnia l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio, avvisando, in caso di sinistro, ogni Assicuratore ed indicando a ciascuno il nome degli altri;
- in corso di contratto hai l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta di ogni possibile aggravamento del rischio relativamente al tuo stato di salute e alla tua persona (come ad esempio il cambio di residenza).



Quando e come devo pagare?

Il premio annuale di polizza deve essere pagato alla Compagnia alla stipula del contratto con accredito del relativo importo sul conto corrente dell'Intermediario che ha in gestione il contratto. Sono previsti frazionamenti (trimestrali o semestrali) del premio senza oneri aggiuntivi. Se ad ogni rinnovo e allo scadere delle rate frazionate di premio il Contraente non paga il premio delle annualità successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato sul modulo di polizza se il premio, o rata di premio (in caso di frazionamento), risulti pagato entro il primo giorno lavorativo successivo, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento fatti salvi gli eventuali periodi di carenza previsti in polizza.

L'assicurazione si conclude dopo un anno dalla data di decorrenza indicata in polizza indipendentemente dalla data di pagamento del premio e si rinnova tacitamente di anno in anno. La copertura assicurativa resta valida ed operante per ogni singolo Assicurato fino al compimento del suo 75° compleanno, superato il quale la copertura per quell'Assicurato cessa alla scadenza annuale e non si rinnoverà ulteriormente.



Come posso disdire la polizza?

Puoi disdire la polizza mediante raccomandata A./R. (o comunque, tramite ogni altro mezzo che provi l'avvenuta consegna quale, ad esempio, E-mail, PEC o Fax) da inviare alla Compagnia (all'indirizzo di Global Assistance - Piazza Diaz n. 6, 20123 Milano) o all'intermediario almeno 60 giorni prima della scadenza annuale.



GLOBAL ASSISTANCE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI
E RIASSICURAZIONI S.p.A. a Socio Unico
Capitale Sociale: Euro 5.000.000 i.v.
Codice Fiscale, Partita IVA e
Registro Imprese di Milano n. 10086540159

Sede Legale e Direzione Generale:
Piazza Diaz, 6 - 20123 Milano
Telefono 02.433350.1 - Telefax 02.433350.20
indirizzo PEC: globalassistancespa@legalmail.it
Sito internet: www.globalassistance.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni
con D.M. del 2/8/93 n. 19619 (G.U. 7/8/93 n. 184).
Società soggetta all'attività di direzione
e coordinamento di Ri.Fin S.r.l., iscritta all'Albo
dei gruppi assicurativi presso l'IVASS al n. 014

Assicurazione Sanitaria

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

Compagnia: Global Assistance S.p.A.



Prodotto: Global Protezione Salute (ed. 4/SL2)

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni: 25/02/2021

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.

Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A.

Indirizzo: Piazza Diaz, 6; 20123 Milano (MI); tel. 02.4333501; sito internet: www.globalassistance.it
e-mail: global.assistance@globalassistance.it; PEC: globalassistancespa@legalmail.it

Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A., Società a Socio Unico appartenente al gruppo Assicurativo Ri.Fin (iscritto all'Albo dei gruppi Assicurativi presso l'Ivass al n. 014).
È soggetta alla direzione e coordinamento della Capogruppo Ri.Fin s.r.l.
Provvedimento di autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa: Decreto Ministeriale del 02/08/1993 n° 19619 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 184 del 07/08/1993
Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione: n. 1.00111.

Il patrimonio netto dell'Impresa ammonta al 31/12/2019 a 15,65 milioni di euro; la parte di questo importo attribuibile al capitale sociale ammonta a 5 milioni di euro, mentre quella relativa alle riserve patrimoniali ammonta a 10,65 milioni di euro.
Per la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa si rimanda al seguente link: <http://www.rifin.it/pdf/SFCR-Gruppo-Rifin.pdf>.
L'indice di solvibilità dell'Impresa è pari a 285,28% al 31/12/2019, e rappresenta il rapporto tra il livello di fondi propri ammissibili (15,01 milioni di euro) e il requisito patrimoniale di solvibilità (5,26 milioni di euro). L'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità minimo è pari a 3,7 milioni di euro.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto indicato nel DIP DANNI, in riferimento alle garanzie incluse in copertura si precisa quanto segue:

Forma di erogazione delle prestazioni assicurate:

le prestazioni possono essere erogate sia in **forma diretta** (accedendo alla rete delle "strutture sanitarie convenzionate" messe a disposizione della Compagnia, tramite il contatto con la Centrale Operativa Medica) che a rimborso (**forma indiretta**).

Sottolimiti in caso di ricovero presso Strutture Sanitarie non convenzionate:

- fino ad € **7.500,00** per evento per i seguenti interventi chirurgici: Tonsillectomia e/o adenoidectomia, Appendicectomia e/o ernie addominali, Parto e aborto terapeutico, Asportazione cisti ovariche e/o Miomectomie per via laparoscopica, Resezione endoscopica o vaporizzazione prostata, Intervento chirurgico radicale per emorroidi e/o ragadi, Intervento per cataratta con eventuale impianto di cristallino, Meniscectomia (in artroscopia) con eventuale rimozione di corpi mobili ed eventuale condroabrasione, Ricostruzione dei legamenti del ginocchio, Safenectomia;
- fino ad un massimo di € **200,00** al giorno per i costi relativi alle rette di degenza;
- fino ad € **75,00** al giorno, con il limite massimo per evento di **30** giorni per i costi relativi alle spese di vitto ed alloggio dell'accompagnatore.

Sottolimiti in caso di spese mediche in assenza di ricovero:

- fino al massimale annuo di € **5.000,00** (per assicurato o per l'intero nucleo familiare) per prestazioni di Alta Specializzazione
- fino al massimale annuo di € **1.200,00** (per assicurato o per l'intero nucleo familiare) per Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche;
- fino al massimale annuo di € **150** (per assicurato o per l'intero nucleo familiare) per l'acquisto di lenti /occhiali.

Indennità sostitutiva:

usufruendo del Servizio Sanitario Nazionale (esclusi i Day Hospital o Day Surgery), se l'assicurato non dovesse sostenere alcun

tipo di spesa al di fuori del ticket, la Compagnia riconoscerà all'assicurato che ne faccia richiesta, un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero pari ad € 130,00 al giorno (€ 100,00 per assicurati di età superiore a 70 anni), per degenze superiori alle 24 ore e per un massimo di 30 giorni consecutivi di ricovero, con un limite per anno assicurativo di 60 giorni (30 giorni per assicurati di età superiore a 70 anni).

L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali previsti per ogni garanzia.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

<p>nucleo familiare assicurato</p>	<p>Con il medesimo contratto è possibile estendere le coperture anche al proprio nucleo familiare convivente (fino ad un massimo di 6 assicurati per contratto) beneficiando di sconti:</p> <p>- <u>sul premio della Garanzia Principale</u>: nel caso in cui si decida di selezionare l'opzione "massimale nucleo familiare" al posto di "massimale individuale" (minimo 10% in caso di 2 assicurati/ massimo 20% in caso di 4 o più assicurati);</p> <p>- <u>sul premio delle altre Garanzie (opzionali)</u>: minimo 9% (per Tutela Legale) o 10% (per Assistenza) in presenza di 2 assicurati/ massimo 56% (per Tutela Legale) o 57% (per Assistenza) in caso di 6 assicurati.</p>
---	--

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

<p>Garanzie aggiuntive</p>	<p>E' possibile scegliere di aggiungere alla Garanzia principale "Spese Mediche" anche le seguenti ulteriori garanzie opzionali, pagandone il relativo premio:</p> <p><u>Assistenza alla Persona</u>: sono previste per ogni Assicurato una serie di prestazioni di assistenza, erogate in forma diretta, ciascuna garantita per un massimo di tre volte all'anno, tra le quali: "Invio medico in Italia", "Consegna esiti a domicilio", "Invio medicinali urgenti a domicilio", "Informazioni sul reperimento di centri sanitari speciali in Italia", "Consulti medici", "Consulti telefonici tra specialisti", "Consulenza medico sanitaria/informazione ed orientamento medico telefonico", "Consulenza sanitaria di alta specializzazione", "Trasporto in ambulanza all'istituto di cura per ricovero", "Invio di infermiere a domicilio in Italia", "Trasferimento sanitario dal domicilio", "Rientro al domicilio a seguito di dimissione ospedaliera", "Diagnosi comparativa per patologie gravi";</p> <p><u>Tutela Legale</u> è previsto il rimborso delle spese relative all'assistenza legale, in sede sia giudiziaria che extra giudiziaria, che si rendessero necessarie a tutela degli interessi dell'Assicurato, tra le quali: "spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del caso assicurativo", "eventuali spese del legale di controparte", "spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di Periti", "spese di giustizia", "spese relative il Contributo Unificato" e "spese relative al tentativo obbligatorio di conciliazione".</p>
-----------------------------------	--



Che cosa NON è assicurato?


<p>Rischi esclusi</p>	<p>Non vi sono informazioni integrative rispetto a quanto già indicato nel Dip Danni.</p>
------------------------------	---




Ci sono limiti di copertura?

<p>Esclusioni</p>	<p>Ad integrazione di quanto indicato nel DIP Danni, valgono le seguenti esclusioni:</p> <p><u>Garanzie "Spese Mediche" (con e senza intervento).</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - eliminazione o correzione di malformazioni e difetti fisici preesistenti alla data di stipulazione del contratto; - aborto volontario non terapeutico; - prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche; - cure dentarie e delle parodontopatie, protesi dentarie ed ortodontiche, interventi preprotetici e di implantologia non conseguenti da infortunio; - cure e interventi per la correzione o eliminazione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia e astigmatismo); - cure e interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale; - prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale; - acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, fatta eccezione per le spese relative all'acquisto di quelli applicati durante un intervento chirurgico; - infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);
--------------------------	--

	<p>- degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, in cronici, in stabilimenti o in centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.</p> <p>Garanzia Tutela Legale La garanzia non opera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in materia fiscale ed amministrativa; - quando l'Assicurato viene perseguito in sede penale; - per qualsiasi caso assicurativo inerente o derivante dall'esercizio della professione medica dell'assicurato; - per spese legali e peritali per controversie contro la Compagnia; - per il pagamento di multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere; - per le spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'assicurato nei procedimenti penali (art. 541 Codice di Procedura Penale).
Scoperto	<p>Nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie non convenzionate le spese mediche verranno rimborsate con l'applicazione degli scoperti, come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Ricoveri (con o senza intervento chirurgico) e Interventi chirurgici ambulatoriali</u>: applicazione dello scoperto del 15%, con il minimo non indennizzabile di € 500,00. - <u>Esami di Alta Specializzazione in assenza di ricovero</u>: applicazione dello scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 sulla spesa medica effettuata; - <u>Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici in assenza di ricovero</u>: applicazione dello scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 (€ 80,00 per assicurati di età superiore ai 70 anni) ed un massimo non indennizzabile di € 200,00 sulla singola prestazione medica.

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
<p>Cosa fare in caso di sinistro?</p>	<p>Denuncia di sinistro: <u>GARANZIA SPESE MEDICHE</u>: la denuncia di sinistro dovrà avvenire con le seguenti tempistiche /modalità: <u>Pagamento Diretto</u> Per usufruire del pagamento diretto delle spese mediche, l'assicurato dovrà utilizzare la rete sanitaria convenzionata messa a disposizione dalla Compagnia contattando preventivamente, al momento del bisogno, la Centrale Operativa Medica (in funzione dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 18.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 12.00 esclusi i festivi) ai seguenti recapiti telefonici: ▪ dall'Italia: al Numero Verde 800.594.594 ▪ dall'estero: al numero dedicato +39 011.7417.179 <u>Pagamento Indiretto</u> Per ottenere il rimborso delle spese mediche, effettuate non utilizzando la rete sanitaria convenzionata messa a disposizione della Compagnia, l'assicurato dovrà far pervenire all'indirizzo di quest'ultima (Global Assistance Spa – Area Liquidazioni Sinistri – Piazza Diaz,6 – 20123 MILANO), anche per il tramite dell'intermediario, a cura ultimata e possibilmente entro 60 giorni dall'evento, denuncia, allegando, in aggiunta alla copia degli originali delle fatture/ parcelle mediche, debitamente quietanzate, tutta la documentazione di seguito indicata: - in caso di Ricovero: copia completa della cartella clinica rilasciata dalla struttura sanitaria; - in caso di Intervento ambulatoriale: copia completa della relazione medica riportante il dettaglio delle prestazioni effettuate; - copia di prescrizione medica che riporti il quesito diagnostico o la patologia presunta e/o la relativa diagnosi che ha reso necessaria la prestazione stessa; L'assicurato, se in possesso delle credenziali (login e password), potrà trasmettere, nei termini di cui sopra, on-line le proprie richieste di rimborso, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it e seguire le istruzioni ivi indicate. La documentazione da allegare verrà trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, in grado di fornire garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza. <u>GARANZIA ASSISTENZA ALLA PERSONA</u>: Per usufruire delle prestazioni di assistenza l'assicurato dovrà attivare la Centrale Operativa Medica, contattandola preventivamente ai seguenti numeri telefonici attivi 24 ore su 24, 365 giorni all'anno: ▪ dall'Italia: al Numero Verde 800.594.594 ▪ dall'estero: al numero dedicato +39 011.7417.179 e fornire oltre alle proprie generalità, il numero di polizza, la prestazione richiesta ed il luogo e recapito telefonico per i successivi contatti. <u>GARANZIA TUTELA LEGALE</u>: Per i casi assicurativi rientranti nella garanzia, l'assicurato deve far pervenire alla Compagnia, direttamente o tramite l'intermediario, la denuncia scritta del sinistro ad uno dei seguenti indirizzi: Posta ordinaria: Global Assistance Spa – Area Tutela Legale – Piazza Diaz,6 – 20123 MILANO E-Mail: areatutelalegale@globalassistance.it E in ogni caso deve:</p>

	<p>a) immediatamente denunciare qualsiasi caso assicurativo nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza. In ogni caso deve fare pervenire alla Direzione Generale della Compagnia, anche per il tramite dell'intermediario, notizia di ogni atto a lui notificato, entro 3 (tre) giorni dalla data della notifica stessa;</p> <p>b) informare in modo completo e veritiero di tutti i particolari del caso assicurativo, nonché indicare i mezzi di prova e documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;</p> <p>c) può scegliere liberamente il legale, iscritto presso il foro ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, cui affidare la tutela dei propri interessi indicandolo contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo (se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, verrà invitato a scegliere il proprio legale e, nel caso in cui l'Assicurato non vi provveda, la Compagnia nominerà direttamente il legale al quale l'Assicurato dovrà conferire mandato). L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con la Compagnia;</p> <p>d) deve conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi informandolo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicando i mezzi di prova, fornendo ogni possibile informazione e procurando i documenti necessari.</p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione:</p> <p>Vi sono prestazioni erogate in forma diretta, tramite il servizio di Centrale Operativa Medica incaricata dalla Compagnia sono riferite alla Garanzia principale Spese Mediche e alla Garanzia opzionale Assistenza alla persona.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese:</p> <p>La Compagnia, per la trattazione dei sinistri, non si avvale di altre Compagnie di Assicurazione.</p>
	<p>Prescrizione:</p> <p>Il diritto dell'assicurato alla garanzia assicurativa si prescrive se il sinistro viene denunciato alla Compagnia decorsi due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Ad integrazione di quanto riportato nel DIP DANNI, le dichiarazioni inesatte o le reticenze del contraente/assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione.
Obblighi dell'impresa	<p>Per gli eventi rientranti nelle garanzie <u>Ricovero</u>, <u>Prestazioni in assenza di Ricovero</u> e <u>Prestazione sostitutiva</u>, la Compagnia, ricevuta la denuncia del sinistro e tutta la documentazione a supporto, valutata la sussistenza del diritto all'indennizzo, provvede al pagamento entro 15 (quindici) giorni, restituendo all'assicurato, per il tramite dell'intermediario, gli originali delle fatture mediche. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule per ottenerne il rimborso, la Compagnia effettuerà il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro presentazione di copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.</p> <p>Per gli eventi rientranti nella garanzia <u>Tutela Legale</u>, quando il legale dell'assicurato comunica alla Compagnia la chiusura del caso assicurativo, la Compagnia provvederà al rimborso delle spese legali e peritali sostenute dall'assicurato (se dovute) entro la medesima tempistica di cui sopra al ricevimento della quietanza controfirmata dall'assicurato.</p>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, in riferimento al premio si precisa quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Meccanismi di indicizzazione</u> Ad ogni rinnovo annuale è previsto, in riferimento alla sola garanzia principale (Spese mediche): <ul style="list-style-type: none"> - un incremento automatico del premio del 5%; - un adeguamento automatico del premio in base alla fascia di età raggiunta al rinnovo dal singolo assicurato; - <u>Frazionamento del premio</u> Il contraente può, all'atto della sottoscrizione, scegliere di frazionare la corresponsione del premio annuale con periodicità trimestrale o semestrale, senza che ciò comporti l'applicazione di una maggiorazione; - <u>Regime fiscale:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Imposte sui premi</u> I premi includono le imposte assicurative che in questo contratto sono pari al: Garanzia principale <u>Spese mediche</u>: 2,5% del premio imponibile; Garanzia opzionale <u>Tutela Legale</u>: 21,25% Garanzia Opzionale <u>Assistenza</u>: 10% ▪ <u>Detraibilità fiscale dei premi:</u> non prevista nel presente contratto.
Rimborso	Non previsto dal presente contratto.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

<p>Durata</p>	<p>Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa che, per alcune garanzie, l'effetto della carenza modifica, per il primo anno di copertura, la durata come segue:</p> <p>- per la Garanzia SPESE MEDICHE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per le malattie che siano la conseguenza o l'espressione di stati patologici insorti anteriormente alla stipula della polizza ma non conosciuti dall'Assicurato al momento di detta stipulazione, il rischio decorre superato il periodo di carenza contrattuale di 180 (centottanta) giorni dalla decorrenza di polizza, ferma la scadenza contrattuale; - per le <u>altre malattie</u>, il rischio decorre superato il periodo di carenza contrattuale di 30 (trenta) giorni dalla decorrenza di polizza, ferma la scadenza contrattuale; - per il parto e per le malattie da gravidanza o puerperio, il rischio decorre superato il periodo di carenza contrattuale di 300 (trecento) giorni dalla decorrenza di polizza, ferma la scadenza contrattuale; - per le <u>infezioni da HIV</u>, il rischio decorre superato il periodo di carenza contrattuale di 6 (sei) anni di rinnovo assicurativo; <p>- per la Garanzia TUTELA LEGALE:</p> <p>il rischio decorre trascorsi 3 (tre) mesi dalla decorrenza della polizza per i casi assicurativi diversi dall'esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali.</p>
<p>Sospensione</p>	<p>Il mancato pagamento dei premi fa sospendere l'assicurazione (dalle ore 24:00 del 15° giorno successivo a quello della scadenza del periodo di copertura per il quale è stato corrisposto il precedente premio) con ripresa di vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.</p>



Come posso disdire la polizza?

<p>Ripensamento dopo la stipulazione</p>	<p>Non è previsto dal presente contratto</p>
<p>Risoluzione</p>	<p>Non sono previste ipotesi di risoluzione.</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

Alle persone fisiche residenti in Italia, di età alla sottoscrizione non superiore ai **65** anni che, all'atto della stipula del contratto dichiarino di godere di un buono stato di salute o che eventualmente siano ritenuti assicurabili in seguito alla valutazione del questionario sanitario sottopostogli dalla Compagnia.

In ogni caso non devono risultare affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).



Quali costi devo sostenere?

Sono a carico del contraente i costi di intermediazione, che gravano sul premio di polizza e che nel presente contratto sono pari in media al **20%** del premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<p>All'impresa assicuratrice</p>	<p>Eventuali reclami devono essere inoltrati per iscritto all'indirizzo dell'Impresa Global Assistance S.p.A., Piazza Diaz 6, 20123 Milano, all'attenzione dell'ufficio Gestione Reclami (Numero di fax 02.43.33.50.20 – indirizzo di posta elettronica: gestione.reclami@globalassistance.it). Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet dell'Impresa www.globalassistance.it nella sezione "Contatti".</p> <p>Ai reclami verrà dato riscontro dall'impresa nel termine massimo di 45 giorni dal ricevimento dello stesso da parte dell'Impresa.</p>
---	--

All'IVASS	<i>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva (superiore al periodo suindicato), è possibile rivolgersi all'IVASS (Istituto per la vigilanza delle assicurazioni - Servizio Tutela del Consumatore), Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it, utilizzando l'apposito Modello presente sul sito dell'Ivass (Info su: www.ivass.it).</i>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<i>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).</i>
Negoziazione assistita	<i>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</i>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p><i>- Arbitrato:</i> <i>per la garanzia SPESE MEDICHE in caso di controversie tra le Parti aventi ad oggetto aspetti disciplinanti il contratto di assicurazione, le Parti possono 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, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.</i></p> <p><i>Per la garanzia TUTELA LEGALE in caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi tra l'assicurato e la Compagnia, la decisione può venire demandata, con facoltà di adire le vie giudiziarie, ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile.</i></p> <p><i>- Liti Transfrontaliere:</i> <i>è possibile presentare reclamo all'IVASS (che provvede lei stessa all'inoltro al sistema estero competente) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o direttamente al sistema estero competente (rintracciabile accedendo al sito: http://www.ec.europa.eu/fin-net).</i></p>

AVVERTENZE:

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO (NEI CASI PREVISTI DAL CONTRATTO), LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA (C.D. HOME INSURANCE), CHE DOPO LA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO POTRAI CONSULTARE, CHIEDENDO LE CREDENZIALI DI ACCESSO ALL'IMPRESA, ED UTILIZZARE PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

GLOBAL ASSISTANCE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI E
RIASSICURAZIONI S.p.A. – Gruppo Assicurativo Ri.Fin

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

“GLOBAL PROTEZIONE SALUTE”

Ed. 4/SL2

Data ultimo aggiornamento 25/02/2021

Polizza redatta secondo le Linee Guida del Tavolo Tecnico ANIA – Associazioni
Consumatori – Associazioni Intermediari per contratti semplici e chiari

SOMMARIO

GLOSSARIO	4
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	6
PARTE I: MODALITA' DI SOTTOSCRIZIONE E ALTRE NORME GENERALI	6
Art. 1 – Modalità di sottoscrizione.....	6
Art. 2 – Decorrenza e durata dell'Assicurazione	6
Art. 3 – Pagamento del Premio – Periodo di sospensione	6
Art. 4 – Determinazione del Premio e relativo adeguamento annuale.....	6
§ 4.1 – Criterio di determinazione del Premio della garanzia principale “Spese Mediche”	6
§ 4.2 - Criterio di determinazione del Premio della garanzia opzionale “Assistenza alla Persona”	7
§ 4.3 - Criterio di determinazione del Premio della garanzia opzionale “Tutela Legale”	7
Art. 5 – Variazioni in corso di contratto	7
Art. 6 – Termini di disdetta.....	8
Art. 7 – Proroga dell'Assicurazione	8
Art. 8 – Altre Assicurazioni	8
Art. 9 – Dichiarazioni relative alla circostanza del Rischio.....	8
Art. 10 – Aggravamento del Rischio.....	8
Art. 11 – Diminuzione del Rischio.....	8
Art. 12 – Foro Competente.....	8
Art. 13 – Validità territoriale	8
Art. 14 – Rinvio alle norme di Legge.....	8
Art. 15 – Cessione dei diritti	8
PARTE II: COSA E' COPERTO E COSA E' ESCLUSO DALL'ASSICURAZIONE	9
Art. 16 – Persone assicurabili	9
Art. 17 – Persone non assicurabili.....	9
Art. 18 – Oggetto dell'Assicurazione.....	9
§ 18.1 – Garanzia principale “SPESE MEDICHE”	9
§ 18.1.1 – Oggetto della garanzia	9
§ 18.1.2 – Modalità di erogazione delle prestazioni.....	10
§ 18.1.3 – Massimali e Limiti.....	10
§ 18.2 – Garanzia opzionale “ASSISTENZA ALLA PERSONA”	11
§ 18.2.1 – Oggetto della garanzia	11
§ 18.2.2 – Modalità di erogazione delle prestazioni.....	13
§ 18.2.3 – Massimali e Limiti.....	13
§ 18.3 – Garanzia opzionale “TUTELA LEGALE”	13
§ 18.3.1 – Oggetto della garanzia	13
§ 18.3.2 – Modalità di erogazione delle prestazioni.....	14
§ 18.3.3 – Massimali e Limiti.....	14
Art. 19 – Esclusioni.....	14
§ 19.1 – Esclusioni generali (applicabili a tutte le garanzie).....	14

§ 19.2 – Esclusioni specifiche di garanzia.....	15
PARTE III: DENUNCIA E VALUTAZIONE DEL SINISTRO - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO	16
Art. 20 – Obblighi in caso di Sinistro – Prescrizioni delle garanzie.....	16
§ 20.1 – Garanzia “SPESE MEDICHE”	16
§ 20.1.1 – Attivazione delle prestazioni	16
§ 20.2 – Garanzia “ASSISTENZA”	17
§ 20.3 – Garanzia “TUTELA LEGALE”	18
§ 20.3.1 – Insorgenza del Caso assicurativo	18
§ 20.3.2 – Modalità di denuncia del Sinistro	18
Art. 21 – Controversie - Arbitrato	18
Art. 22 – Pagamento dell'Indennizzo	19
ALLEGATO 1: ARTICOLI DI LEGGE RIPORTATI NEL CONTRATTO	20
Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo e colpa grave.....	20
Art. 1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave	20
Art. 1894 - Assicurazione in nome o per conto di terzi	20
Art. 1897 - Diminuzione del rischio.....	20
Art. 1898 - Aggravamento del rischio.....	20
Art. 1901 - Mancato pagamento del premio.....	20
Art. 1910 - Assicurazione presso diversi Assicuratori	20
Art. 1915 - Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio	21
Art. 2952 - Prescrizione in materia di assicurazione.....	21

GLOSSARIO

Ai termini di seguito riportati, utilizzati nel testo contrattuale, vengono attribuiti i seguenti significati:

- Aree metropolitane:** le province di Roma, Milano, Genova, Napoli e Palermo.
- Assicurato:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
- Assicurazione:** il contratto di assicurazione.
- Carenza (periodo di):** periodo che decorre dalla data di decorrenza della copertura durante il quale le garanzie non sono operanti e pertanto un eventuale *Sinistro* non è indennizzato dalla *Compagnia*.
- Caso assicurativo:** la controversia o il procedimento per i quali è prestata la *Copertura Assicurativa*.
- Centrale Operativa Medica:** la Struttura Organizzativa esterna (operante in conformità alle norme e regolamenti di vigilanza di tempo in tempo vigenti) costituita da medici, tecnici, operatori messi a disposizione dell'Assicurato 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, cui la *Compagnia* ha affidato incarico per l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni di assistenza previste in *Polizza*.
- Compagnia:** Global Assistance Compagnia di Assicurazione e Riassicurazione S.p.A. con sede in Piazza Diaz, 6 – 20123 Milano.
- Contraente:** il soggetto che stipula il contratto e si impegna al pagamento del *Premio* ed è titolare di conto corrente presso il Credito Valtellinese S.p.A.
- Contributo Unificato:** il contributo dovuto per le spese degli atti giudiziari.
- Copertura Assicurativa:** la/le garanzia/e assicurativa/a, inclusa/e in *Polizza*, prestata/e dalla *Compagnia*.
- Danni extracontrattuali:** tutti i danni non derivanti dall'esecuzione di un contratto.
- Day Hospital:** la degenza in *Istituto di cura*, senza pernottamento, documentata da cartella clinica, non comportante intervento chirurgico. Non è considerato *Day Hospital* la permanenza in *Istituto di cura* presso il Pronto Soccorso.
- Day Surgery:** la degenza in Istituto di cura, senza pernottamento, comportante intervento chirurgico terapeutico, documentata da cartella clinica.
- Esecuzione forzata:** l'attuazione in via coatta del diritto del creditore.
- Evento:** l'accadimento che ha generato, direttamente o indirettamente, uno o più *Sinistri*.
- Indennizzo:** la somma dovuta all'Assicurato in caso di *Sinistro*.
- Infortunio:** l'Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce la morte e/o lesioni corporali obiettivamente constatabili.
- Intermediario:** con tale termine si intende "Global Assicurazioni S.p.A.", società iscritta alla Sezione A del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi e il "Credito Valtellinese S.p.A.", società iscritta al Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi alla Sezione D.
Global Assicurazioni S.p.A. si occupa delle attività di intermediazione, incluso l'incasso dei premi e la gestione delle polizze, fatta eccezione per la proposizione del contratto alla clientela e la raccolta delle firme che avviene ad opera del Credito Valtellinese S.p.A.
- Istituto di cura:** qualunque struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati *Istituti di cura* gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
- Malattia:** ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da *Infortunio*, malformazioni e/o difetti fisici, sopravvenuta dopo la stipula dell'Assicurazione o, se già nota all'Assicurato, non specificatamente esclusa dalla *Compagnia* a seguito della valutazione del *Questionario Anamnestico* ove risulti dichiarata.
- Massimale/Somma assicurata:** la somma pattuita in *Polizza* fino alla quale la *Compagnia* è impegnata a prestare la garanzia assicurativa.
- Modulo di Polizza:** il documento contrattuale sottoscritto dal *Contraente*, dall'Assicurato (se soggetto diverso dal *Contraente*) e dalla *Compagnia*, che riepiloga le garanzie e i *Massimali* operanti nonché i dati relativi alla decorrenza, scadenza, *Premio* dell'Assicurazione.
- Nucleo Familiare:** l'insieme delle persone, risultanti dallo stesso stato di famiglia, legate da vincolo di parentela (o di fatto purché provato e socialmente noto) con l'Assicurato e con lui stabilmente conviventi (inclusi il convivente more uxorio ed i suoi figli).
- Piano dello sviluppo del Premio annuale:** documento, allegato al *Modulo di Polizza*, che riporta lo sviluppo dei *Premi* annuali di *Polizza*, per un numero massimo di dieci annualità successive.
- Polizza:** il contratto assicurativo (che disciplina i rapporti tra *Compagnia*, *Contraente* ed *Assicurato*, incluse le presenti Condizioni di Assicurazione).
- Premio:** importo inclusivo di tasse e imposte da corrispondere alla *Compagnia*, a fronte dell'Assicurazione prestata.
- Prestazione (di assistenza):** l'assistenza da erogarsi in natura e cioè l'aiuto che Global Assistance S.p.A., tramite la *Centrale Operativa Medica*, deve fornire all'Assicurato nel momento del bisogno.
- Questionario Anamnestico:** modulo compilato e sottoscritto dall'Assicurato costituito da domande sul proprio stato di salute che la *Compagnia* utilizza al fine di valutare i rischi che assume con la *Polizza*. Il *Questionario Anamnestico* costituisce parte integrante della *Polizza*.
- Residenza:** il luogo in cui la persona fisica ha la sua dimora abituale.
- Ricovero:** la degenza dell'Assicurato in *Istituti di cura* pubblici o privati, ininterrotta e con pernottamento, resa necessaria a seguito di *Infortunio* per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in *Day Hospital* o in strutture ambulatoriali.
- Rinvio a giudizio:** la formula attraverso la quale si perviene alla formazione di un'accusa definitiva nei confronti di un soggetto, già sottoposto ad indagini preliminari.

Rischio: la probabilità che si verifichi il *Sinistro*.

Scoperto: la parte di danno, indennizzabile a termini di *Polizza*, espressa in percentuale sull'ammontare del danno stesso che rimane a carico dell'*Assicurato*.

Sede extragiudiziale: la risoluzione delle controversie con metodi alternativi alla decisione del giudice (transazioni, conciliazioni, accordi).

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'*Assicurazione*. Relativamente alla garanzia "Tutela Legale" nella vita privata, il verificarsi del fatto che ha comportato la controversia per la quale è prestata l'*Assicurazione*.

Spese di giustizia: sono le spese del processo che, in un procedimento penale, il condannato deve pagare allo Stato. Nel giudizio civile, invece, le spese della procedura vengono pagate dalle Parti, contemporaneamente allo svolgimento degli atti processuali che, a conclusione del giudizio, il soccombente può essere condannato a rifondere.

Strutture sanitarie convenzionate:

La rete (costituita da Strutture Sanitarie private o pubbliche e da medici o equipe mediche che esercitano la propria professione nell'ambito di queste) convenzionata con Blue Assistance S.p.A.

La *Compagnia* si riserva, qualora ne ravvisasse l'opportunità, di sostituire tale rete con altra equivalente, convenzionata con altro partner specializzato nel settore sanitario, e di darne tempestiva comunicazione ad ogni *Contraente*.

Ultimo rinnovo ammesso: la data corrispondente all'ultimo possibile rinnovo dell'*Assicurazione*.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PARTE I: MODALITA' DI SOTTOSCRIZIONE E ALTRE NORME GENERALI

Art. 1 – Modalità di sottoscrizione

Il presente prodotto è un'Assicurazione sanitaria rivolta a chi è titolare o contitolare di un conto corrente presso il Credito Valtellinese S.p.A..

La Polizza può essere sottoscritta ed assicurare unicamente soggetti residenti in Italia. Qualora venga meno tale condizione in corso di contratto, il Contraente deve darne immediata notifica alla Compagnia e l'Assicurazione per tali individui contestualmente cessa come evidenziato al successivo Art. 5 – “Variazioni in corso di contratto”.

Tutti gli Assicurati inclusi nel medesimo contratto devono essere conviventi ed appartenenti al medesimo Nucleo Familiare del Contraente.

L'Assicurazione può essere sottoscritta anche da un'entità giuridica. In tal caso l'Assicurato indicato in Polizza (da solo o con il proprio Nucleo Familiare) dovrà necessariamente essere legato da un rapporto di lavoro con il Contraente.

Art. 2 – Decorrenza e durata dell'Assicurazione

L'Assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Modulo di Polizza, purché il Premio annuo sia stato pagato entro il primo giorno lavorativo successivo; in caso contrario, ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze stabilite dal contratto ed i Periodi di Carenza contrattuale espressamente indicati, ove operanti, nei paragrafi “Massimali e limiti” delle singole garanzie.

La durata dell'Assicurazione è pari ad un periodo di un anno e, in assenza di disdetta, si rinnova tacitamente di anno in anno come meglio dettagliato ai successivi Artt. 6 – “Termini di disdetta” e 7 – “Proroga dell'Assicurazione”.

Art. 3 – Pagamento del Premio – Periodo di sospensione

Il Premio, che deve essere pagato alla Compagnia tramite accredito del relativo importo sul conto corrente dell'Intermediario che ha in gestione il contratto, è sempre determinato per un periodo di un anno ed è interamente dovuto anche se sia stato concesso un frazionamento rateale. L'eventuale scelta, effettuata dal Contraente alla sottoscrizione, del frazionamento rateale (trimestrale o semestrale) non è più modificabile e non comporta alcuna maggiorazione del Premio a carico del Contraente.

Al fine dell'attestazione dell'avvenuto pagamento del Premio fa fede la documentazione contabile del competente Istituto di credito.

Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24,00 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24,00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze ai sensi dell'art. 1901 Codice Civile.

Qualora il Contraente non corrisponda la rata di Premio di rinnovo entro il 15° giorno dalla sua scadenza, la Compagnia può, con lettera raccomandata, dichiarare risolto il contratto.

Art. 4 – Determinazione del Premio e relativo adeguamento annuale

Il Premio annuale di Polizza è la risultante della sommatoria del Premio della garanzia principale “Spese Mediche” e del Premio delle singole garanzie aggiuntive/opzionali (“Assistenza alla Persona” e/o “Tutela Legale”), qualora scelte dal Contraente alla sottoscrizione.

Ad ogni anniversario di Polizza tale Premio verrà opportunamente adeguato secondo i criteri stabiliti nelle singole garanzie (di cui ai paragrafi che seguono). Pertanto all'atto della sottoscrizione della Polizza viene consegnato al Contraente, che lo sottoscrive, un allegato riportante il “Piano dello sviluppo del Premio annuale”, che espone i Premi annuali di Polizza per le successive annualità (massimo dieci), ferme le condizioni di sottoscrizione.

§ 4.1 – Criterio di determinazione del Premio della garanzia principale “Spese Mediche”

Il Premio della garanzia principale “Spese Mediche” deriva dalla risultante della sommatoria dei singoli Premi attribuiti ad ogni Assicurato.

Il Premio individuale di ogni Assicurato viene determinato in base all'età e alla provincia di Residenza.

Sono previsti Premi crescenti in funzione della “fascia di età” in cui si colloca l'Assicurato. Le fasce di età sono riportate nella seguente tabella:

Progressivo	Fascia di età
1°	da maggiore di 1 anno - fino ai 20 anni
2°	dal 21^ anno - fino ai 30 anni
3°	dal 31^ anno – fino ai 40 anni
4°	dal 41^ anno – fino ai 50 anni
5°	dal 51^ anno – fino ai 60 anni
6°	dal 61^ anno – fino ai 65 anni
7°	dal 66^ anno – fino ai 75 anni

La provincia di *Residenza* determina una maggiorazione di *Premio* per gli *Assicurati* residenti nelle province di Roma, Milano, Genova, Napoli e Palermo, definite “*Aree metropolitane*”.

In presenza di una pluralità di *Assicurati* il *Contraente*, all’atto della sottoscrizione, potrà scegliere l’opzione di formula “**Massimale individuale**” o “**Massimale Nucleo Familiare**” (vedi successivo Art. 18 - Garanzia principale “Spese Mediche - al paragrafo § 18.1.3 – “*Massimali e Limiti*”). Tale scelta, che non potrà più essere modificata nel corso del contratto, comporta nel caso di “*Massimale Nucleo Familiare*” l’applicazione di uno sconto, sul *Premio* annuale complessivo della garanzia principale “Spese Mediche”, proporzionato alla numerosità degli *Assicurati*, come da seguente tabella:

Numero <i>Assicurati</i>	Sconto
2	10%
3	15%
4 ed oltre (fino a 6)	20%

I bambini al di sotto del compimento del primo anno di età sono inclusi gratuitamente nella copertura di *Polizza* all’atto di sottoscrizione e/o per la prima annualità e quindi per tale periodo non concorrono al computo del numero delle persone assicurate ai fini della determinazione della tariffa.

Il *Premio* di ciascun *Assicurato* viene rideterminato ad ogni ricorrenza annuale di *Polizza* in base alla “fascia di età” raggiunta ed all’eventuale variazione della provincia di *Residenza*.

I *Premi* individuali annui sono soggetti, ad ogni ricorrenza annuale di *Polizza*, ad una rivalutazione del 5%.

Le imposte gravanti sul *Premio* della garanzia principale “Spese Mediche” sono pari al 2,5%.

Non saranno ritenuti assicurati i componenti del *Nucleo Familiare* non comunicati esplicitamente alla *Compagnia*.

§ 4.2 - Criterio di determinazione del Premio della garanzia opzionale “Assistenza alla Persona”

Il *Premio* della garanzia “Assistenza alla Persona” viene imputato in base alla numerosità degli *Assicurati* inseriti inizialmente in *Polizza* ed è costante nel tempo se non intervengono variazioni (nuovo inserimento / esclusioni) sul numero di tali *Assicurati*. In tal caso il *Premio* verrà adeguato a partire dal primo rinnovo successivo alla comunicazione della variazione da parte del *Contraente*.

Sono previste 3 fasce di tariffa:

- tariffa riferita ad un solo *Assicurato*;
- tariffa in presenza di 2 *Assicurati* (che beneficia di uno sconto sul premio complessivo della garanzia del 10%);
- tariffa in presenza di un numero di *Assicurati* maggiore di 2 e fino a 6 *Assicurati* (che beneficia di uno sconto sul premio complessivo della garanzia che, in caso di 3 *Assicurati* è pari al 13%, in caso di 4 *Assicurati* è pari al 35%, in caso di 5 *Assicurati* è pari al 48% e nel caso di 6 *Assicurati* pari al 57%).

I bambini al di sotto del compimento del primo anno di età sono inclusi gratuitamente nella copertura di *Polizza* all’atto di sottoscrizione e/o per la prima annualità e quindi per tale periodo non concorrono al computo del numero delle persone assicurate ai fini della determinazione della tariffa.

Il *Premio*, soggetto ad un’imposta del 10,00%, prescinde dalla provincia di *Residenza* dell’*Assicurato/Nucleo Familiare* assicurato.

Non saranno ritenuti assicurati i componenti del *Nucleo Familiare* non comunicati esplicitamente alla *Compagnia*.

§ 4.3 - Criterio di determinazione del Premio della garanzia opzionale “Tutela Legale”

Il *Premio* della garanzia “Tutela Legale” viene imputato in base alla numerosità degli *Assicurati* inseriti inizialmente in *Polizza* ed è costante nel tempo se non intervengono variazioni (nuovo inserimento / esclusioni) sul numero di tali *Assicurati*. In tal caso il *Premio* verrà adeguato a partire dal primo rinnovo successivo alla comunicazione della variazione da parte del *Contraente*.

Sono previste tre fasce di tariffa:

- tariffa riferita ad un solo *Assicurato*;
- tariffa in presenza di 2 *Assicurati* (che beneficia di uno sconto sul premio complessivo della garanzia del 9%);
- tariffa in presenza di un numero di *Assicurati* maggiore di 2 e fino a 6 *Assicurati* (che beneficia di uno sconto sul premio complessivo della garanzia che, in caso di 3 *Assicurati* è pari al 12%, in caso di 4 *Assicurati* è pari al 34%, in caso di 5 *Assicurati* è pari al 47% e nel caso di 6 *Assicurati* pari al 56%).

I bambini al di sotto del compimento del primo anno di età sono inclusi gratuitamente nella copertura di *Polizza* all’atto di sottoscrizione e/o per la prima annualità e quindi per tale periodo non concorrono al computo del numero delle persone assicurate ai fini della determinazione della tariffa.

Il *Premio*, soggetto ad un’imposta del 21,25%, prescinde dalla provincia di *Residenza* dell’*Assicurato/ Nucleo Familiare* assicurato.

Non saranno ritenuti assicurati i componenti del *Nucleo Familiare* non comunicati esplicitamente alla *Compagnia*.

Art. 5 – Variazioni in corso di contratto

Nel caso in cui il *Contraente* desideri includere/escludere dalla *Polizza* un componente del proprio *Nucleo Familiare* dovrà darne comunicazione scritta alla *Compagnia*, anche per il tramite dell’*Intermediario*. La *Compagnia*, provvederà all’inclusione/esclusione dell’*Assicurato* e al relativo adeguamento del *Premio*, con effetto dalla prima ricorrenza annua di *Polizza* successiva alla richiesta, tramite apposita appendice alla *Polizza* che comprenderà anche il nuovo “*Piano di sviluppo del Premio annuale*” adeguato alle mutate condizioni. Nel caso di inclusione di un nuovo *Assicurato* la *Compagnia* provvederà alla preventiva valutazione dello stato di salute dell’assicurando (come da Art. 16 – “Persone assicurabili”).

I bambini sono assicurati gratuitamente fino al primo anno di età. Tuttavia se tale età verrà raggiunta nel corso di validità del contratto, il *Premio* complessivo di *Polizza* sarà adeguato, in base alle garanzie operanti, dal primo rinnovo di *Polizza* successivo al compimento del primo anno di età, fermo quanto sopra in merito alla comunicazione ed alla preventiva accettazione da parte della *Compagnia*.

In caso di variazione della *Residenza* dell'*Assicurato/Nucleo Familiare*, il *Contraente* dovrà darne comunicazione scritta alla *Compagnia*, anche per il tramite dell'*Intermediario*. Qualora tale variazione comporti una modifica del *Premio* sulla base di quanto disposto dall'Art. 4 – “Determinazione del Premio e relativo adeguamento annuale”, la *Compagnia* emetterà apposita appendice alla *Polizza* comprensiva anche del nuovo “*Piano di sviluppo del Premio annuale*” adeguato alle mutate condizioni. In caso di trasferimento all'estero della *Residenza* del *Contraente* è d'obbligo darne comunicazione alla *Compagnia* la quale provvederà contestualmente alla cessazione del contratto a far data dal trasferimento all'estero, con restituzione del corrispondente rateo di *Premio* per il periodo di copertura non goduto, al netto delle imposte già versate. Se il trasferimento è riferito solo a taluno degli *Assicurati* il contratto cessa limitatamente a questi ultimi ed il rimborso si limiterà al *Premio* non goduto di tali soggetti.

Art. 6 – Termini di disdetta

Il presente contratto assicurativo è di durata annuale e si rinnova tacitamente, in assenza di disdetta, fino alla data di “*Ultimo rinnovo ammesso*” specificata nel *Modulo di Polizza*.

Le parti (ovvero il *Contraente* e la *Compagnia*) possono effettuare la disdetta con preavviso scritto tramite lettera raccomandata da spedirsi almeno **60 giorni** prima di ogni scadenza annuale.

Art. 7 – Proroga dell'Assicurazione

La *Copertura Assicurativa* resta valida ed operante per ogni singolo *Assicurato* fino al compimento del **75° anno**, superato il quale la copertura per quell'*Assicurato* cessa alla scadenza annuale e non si rinnoverà ulteriormente (in previsione di ciò viene indicato sul *Modulo di Polizza* all'atto della stipula del contratto, in corrispondenza di ogni *Assicurato*, la data del suo possibile “*Ultimo rinnovo ammesso*”).

Se nella *Polizza* sono presenti altri *Assicurati* di età **inferiore ai 75 anni**, la *Polizza* si rinnoverà solo per questi ultimi con relativo adeguamento del *Premio*, come specificato nel precedente Art. 4 - “Determinazione del Premio” e relativo adeguamento annuale”.

Art. 8 – Altre Assicurazioni

Il *Contraente* deve comunicare per iscritto alla *Compagnia* l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso *Rischio*; in caso di *Sinistro*, il *Contraente* deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, così come previsto dall'art. 1910 Codice Civile.

Art. 9 – Dichiarazioni relative alla circostanza del Rischio

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

Art. 10 – Aggravamento del Rischio

Il *Contraente* deve dare comunicazione scritta alla *Compagnia* di eventuali aggravamenti del *Rischio*, ivi comprese le variazioni relative allo stato di salute e al luogo di *Residenza* delle persone assicurate, ai sensi dell'art. 1898 Codice Civile.

Art. 11 – Diminuzione del Rischio

Nel caso di diminuzione del *Rischio* la *Compagnia*, debitamente informata dal *Contraente* sulla variazione intercorsa, è tenuta a ridurre il *Premio* (art. 1897 Codice Civile) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Il *Premio* ridotto verrà applicato con il primo rinnovo annuale di *Polizza*.

Art. 12 – Foro Competente

Per ogni controversia in qualunque modo connessa alla presente *Assicurazione* sarà competente, in via esclusiva, il Foro dove ha sede, *Residenza* o domicilio il *Contraente* dell'*Assicurato*.

Art. 13 – Validità territoriale

L'*Assicurazione* vale per *Eventi* che possono capitare nel mondo intero tranne che per la garanzia “Tutela Legale” che vale per i *Casi Assicurativi* che insorgono in Europa o negli stati extraeuropei posti nel Bacino del Mare Mediterraneo, sempreché il Foro competente, ove procedere, si trovi in questi territori.

Art. 14 – Rinvio alle norme di Legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana.

Art. 15 – Cessione dei diritti

L'*Assicurato* non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti al contratto di assicurazione.

PARTE II: COSA E' COPERTO E COSA E' ESCLUSO DALL'ASSICURAZIONE

Art. 16 – Persone assicurabili

Le circostanze che in fase precontrattuale influiscono sulla valutazione del *Rischio* sono principalmente l'età e lo stato di salute dell'assicurando.

Sono assicurabili i soggetti che in fase precontrattuale dichiarino di godere di un buono stato di salute ovvero rispondano in maniera non affermativa a tutti i seguenti quesiti riportati sul *Modulo di Polizza*:

1. E' a conoscenza di avere patologie (comprese malattie mentali e/o disturbi psichici) o malformazioni congenite?
2. Prende abitualmente farmaci (compresi antidepressivi e/o antipsicotici)?
3. E' stato ricoverato in una struttura sanitaria (ospedali, case di cura, day surgery) per qualsiasi motivo negli ultimi 3 anni?
4. Ha effettuato visite specialistiche o accertamenti diagnostici ad eccezione di quelli di routine negli ultimi due anni?

I soggetti che avessero **un'età pari o superiore ai 50 anni** o che in fase precontrattuale avessero risposto in maniera affermativa ad almeno uno dei quesiti sopraindicati o avessero dichiarato di possedere una polizza sanitaria con altra Impresa assicurativa, purché non disdettata dalla stessa Impresa assicurativa, potranno essere assicurati solo previa valutazione da parte della *Compagnia* del **Questionario Anamnestico**.

La *Compagnia* comunicherà all'assicurando e all'*Intermediario* l'esito di tale valutazione e nel caso ritenesse il *Rischio* assumibile con particolari esclusioni e/o limitazioni e senza aggravio di *Premio*, tali esclusioni/limitazioni verranno notificate con apposita appendice (Appendice di "Esclusioni Specifiche") che costituirà parte integrante della *Polizza* e che dovrà essere sottoscritta sia dal *Contraente* che dagli *Assicurati*.

Gli *Assicurati* già possessori delle polizze denominate "Global Salute" o "Global Protezione Salute" potranno sottoscrivere, purché in continuità di polizza, il presente contratto senza la preventiva compilazione del *Questionario Anamnestico*; in tali casi continueranno tuttavia ad essere valide ed operanti le esclusioni specifiche, se esistenti, dei precedenti contratti che verranno trascritte nell'Appendice delle "Esclusioni Specifiche" di cui sopra.

Art. 17 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone che:

- all'atto della sottoscrizione abbiano un'età pari o superiore ai 66 anni, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute;
- siano affette, prima della stipula del presente contratto, da uno stato patologico, noto all'assicurando, tra cui: alcoolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- siano state ritenute tali a seguito della valutazione del *Questionario Anamnestico* effettuata dalla *Compagnia*.

Art. 18 – Oggetto dell'Assicurazione

L'*Assicurazione* è prestata, entro i limiti, condizioni e modalità che seguono, per le seguenti garanzie, purché venga esplicitata sul *Modulo di Polizza* la loro operatività:

- garanzia principale "**SPESE MEDICHE**" (paragrafo § 18.1)
- garanzia opzionale "**ASSISTENZA ALLA PERSONA**" (paragrafo. § 18.2)
- garanzia opzionale "**TUTELA LEGALE**" (paragrafo § 18.3)

§ 18.1 – Garanzia principale "SPESE MEDICHE"

§ 18.1.1 – Oggetto della garanzia

L'*Assicurazione* vale per i casi di **Malattia, Infortunio, parto ed aborto terapeutico**.

Le prestazioni ricomprese nella suddetta garanzia sono le seguenti:

a) PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

In caso di *Ricovero* (con o senza intervento chirurgico) in strutture sanitarie pubbliche o private vengono riconosciute le seguenti prestazioni:

1. Prestazioni mediche pre-Ricovero (Visite mediche specialistiche, Esami ed Accertamenti diagnostici) effettuate *nei 90 giorni precedenti* e purché inerenti all'*Evento* che ha determinato il successivo *Ricovero*;
2. Rette di degenza (con esclusione delle spese relative a bisogni non essenziali come telefono, radio, televisione ecc.);
3. Onorari dei medici e dell'equipe chirurgica; diritti di sala operatoria; materiale di intervento (incluse le protesi applicate durante l'intervento);
4. Accertamenti diagnostici, medicinali, assistenza medica ed infermieristica, cure, esami, trattamenti fisioterapici e rieducativi, sostenuti durante il Ricovero;
5. Prestazioni post operatorie effettuate nei 90 giorni successivi al Ricovero ed inerenti all'intervento chirurgico sostenuto per Accertamenti Diagnostici, Esami e visite specialistiche, Trattamenti fisioterapici e rieducativi, Cure termali, purché prescritte da un medico specialista (escluse le eventuali spese alberghiere).

La garanzia comprende inoltre:

6. Trapianto di organi: rimborso delle spese di prelievo sul donatore e trasporto dell'organo e, in caso di donatore vivente, ogni spesa medica sostenuta dal donatore *durante il Ricovero e finalizzata all'intervento chirurgico di espianto dell'organo e alla relativa degenza*;
7. Day Hospital (con o senza intervento chirurgico): le prestazioni effettuate in regime di *Day Hospital* si intendono equiparate al *Ricovero*;

8. Spese sostenute dall'accompagnatore: rimborso delle spese di vitto e pernottamento in ospedale (o in struttura alberghiera qualora non sussista disponibilità ospedaliera) in caso di *Ricovero* di un minore ed in ogni caso per trapianto o per *Ricoveri* superiori a 7 giorni.

Nel caso in cui il *Ricovero* fosse finalizzato esclusivamente a visite di controllo o a check-up preventivi lo stesso verrà equiparato alle "PRESTAZIONI IN ASSENZA DI RICOVERO" e saranno operanti i relativi limiti di cui al successivo paragrafo §18.1.3 – "Massimali e Limiti", punto 2.

b) PRESTAZIONI IN ASSENZA DI RICOVERO

Nel caso in cui la *Malattia* o l'*Infortunio* richiedano prestazioni **non collegate ad un *Ricovero***, vengono riconosciute le seguenti prestazioni:

1. Alta specializzazione, per le seguenti prestazioni (e tutte le loro evoluzioni scientifiche con la medesima finalità di indagine e/o cura medica): Chemioterapia, Cobaltoterapia, Dialisi, Doppler, Elettrocardiografia, Elettroencefalografia, Laserterapia, Risonanza Magnetica Nucleare, Scintigrafia, Tomografia Assiale Computerizzata (TAC), Telecuore, Radioterapia, Ecodoppler, Prestazioni di Medicina Nucleare, Ecocardiografia, Endoscopia.
2. Visite mediche Specialistiche ed Accertamenti diagnostici,
3. Interventi chirurgici ambulatoriali;
4. Lenti ed Occhiali, purché prescritti da un medico oculista attestante la variazione di visus.

c) PRESTAZIONE SOSTITUTIVA

Qualora il *Ricovero* avvenisse presso una struttura del Servizio Sanitario Nazionale e l'*Assicurato* per le prestazioni di cui al precedente punto a) - "Prestazioni in regime di ricovero" (dal punto 2 al punto 8) non dovesse sostenere alcun tipo di spesa al di fuori del ticket, la *Compagnia* riconoscerà all'*Assicurato* che ne faccia richiesta, un'indennità sostitutiva per ogni giorno di *Ricovero* pari a:

- **€ 130,00 al giorno**, per degenze superiori alle 24 ore e per un massimo di 30 giorni consecutivi di *Ricovero*, con un limite per anno assicurativo di **60 giorni**;
- **€ 100,00 al giorno**, per degenze superiori alle 24 ore e con un limite per *Evento* e per anno assicurativo di **30 giorni**, **se l'Assicurato ha un'età superiore a 70 anni**.

I giorni di entrata e di uscita sono considerati come un solo giorno.

L'indennità sostitutiva non viene riconosciuta in caso di *Day Hospital*.

§ 18.1.2 – Modalità di erogazione delle prestazioni

Fermi i limiti ed i *Massimali* di cui al successivo paragrafo § 18.1.3 – "Massimali e Limiti", le modalità di erogazione ed *Indennizzo* delle prestazioni sanitarie variano in base alle Strutture Sanitarie ed ai medici utilizzati dall'*Assicurato* ovvero:

- con **Pagamento Diretto** da parte della *Compagnia* alle Strutture sanitarie ed ai medici: se le prestazioni sanitarie vengono effettuate tramite l'utilizzo da parte dell'*Assicurato* di uno o più professionisti o di Istituti erogatori delle prestazioni facenti parte della rete delle "*Strutture sanitarie convenzionate*";
- con **Pagamento Indiretto** (ovvero con rimborso successivo all'*Assicurato*) se le prestazioni sanitarie vengono effettuate **non** utilizzando la rete delle "*Strutture sanitarie convenzionate*".

L'*Indennizzo* relativo alle spese per l'acquisto di lenti e occhiali verrà sempre corrisposto a rimborso.

Si rimanda alla specifica sezione (PARTE III: "DENUNCIA E VALUTAZIONE DEL SINISTRO - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO") per l'attivazione delle singole prestazioni di cui ai punti a), b) e c) del paragrafo precedente.

§ 18.1.3 – Massimali e Limiti

- o Periodo di carenza contrattuale:

La garanzia "Spese Mediche" decorre, rispetto alla data di effetto della *Polizza*, purché il *Premio* risulti pagato:

• per gli <i>Infortuni</i>	contestualmente
• per le <i>Malattie</i> che siano la conseguenza o l'espressione di stati patologici insorti anteriormente alla stipula della <i>Polizza</i> ma non conosciuti dall' <i>Assicurato</i> al momento di detta stipulazione	dal 180° giorno
• per le altre <i>Malattie</i>	dal 30° giorno
• per il parto e per le <i>Malattie</i> da gravidanza o puerperio	dal 300° giorno
• per le infezioni da HIV	dal 6° anno di rinnovo assicurativo

Se la *Polizza* decorre in data pari a quella di scadenza di una polizza malattia stipulata con la *Compagnia* o con diversa impresa assicurativa, (escluso il caso di disdetta della precedente polizza da parte della *Compagnia* di riferimento), tali carenze non verranno applicate e di ciò verrà espressamente data indicazione nell'Appendice di "Deroghe alle Condizioni Contrattuali" che farà parte integrante della *Polizza* stessa e dovrà essere sottoscritta sia dal *Contraente* che dagli *Assicurati*.

In tali casi, la *Compagnia* si riserva comunque la facoltà di richiedere la compilazione del *Questionario Anamnestico*.

- o Massimale:

L'ammontare complessivo degli *Indennizzi* per l'insieme dei *Sinistri* verificatisi nel medesimo anno assicurativo non potrà superare l'importo di € 200.000,00. Se all'atto della stipula del contratto il *Contraente* ha scelto la formula della garanzia con "*Massimale Nucleo Familiare*" al posto di "*Massimale Individuale*", tale somma si deve intendere quale *Massimale* annuo valido per l'intero *Nucleo Familiare* assicurato. Pertanto, nell'ipotesi limite in cui la somma di cui sopra venga interamente utilizzata, nell'arco dell'annualità, da un singolo *Assicurato*, nessun altro componente del *Nucleo Familiare* assicurato potrà beneficiare della garanzia essendosi esaurito il *Massimale* annuo.

o Limitazioni:

Ciò premesso, le prestazioni previste dalla garanzia sono erogate dalla *Compagnia* in forma diretta o indiretta, come meglio specificato al precedente paragrafo § 18.1.2 - “Modalità di erogazione delle prestazioni”, con le seguenti limitazioni da intendersi applicate quindi o al singolo *Assicurato* o all'intero *Nucleo Familiare* assicurato:

1. PRESTAZIONI IN CASO DI RICOVERO PRESSO STRUTTURE SANITARIE NON CONVENZIONATE – PAGAMENTO INDIRETTO:

- Ricovero con o senza intervento chirurgico e intervento chirurgico ambulatoriale: le spese sostenute ed indennizzabili saranno rimborsate con l'applicazione di uno **Scoperto del 15% con un minimo non indennizzabile di € 500,00**.
- Interventi chirurgici specifici: i seguenti interventi chirurgici saranno rimborsati **entro il limite per Evento di € 7.500,00**. Tale limite sarà applicato anche in caso di *Ricovero* presso una *Struttura Sanitaria convenzionata*, nel caso l'equipe medica che esegue l'intervento chirurgico non sia convenzionata:
 - o Tonsillectomia e/o adenoidectomia
 - o Appendicectomia e/o ernie addominali
 - o Parto e aborto terapeutico
 - o Asportazione cisti ovariche e/o Miomectomie per via laparoscopica
 - o Resezione endoscopica o vaporizzazione prostata
 - o Intervento chirurgico radicale per emorroidi e/o ragadi
 - o Intervento per cataratta con eventuale impianto di cristallino
 - o Meniscectomia (in artroscopia) con eventuale rimozione di corpi mobili ed eventuale condroabrasione
 - o Ricostruzione dei legamenti del ginocchio
 - o Safenectomia
- Rette di degenza: i costi relativi alle rette di degenza verranno rimborsati **fino ad € 200,00 al giorno**.
- Spese sostenute dall'accompagnatore: i costi relativi alle spese di vitto ed alloggio dell'accompagnatore verranno rimborsati **fino ad € 75,00 al giorno**, con il **limite massimo per Evento di 30 giorni**.

2. PRESTAZIONI IN ASSENZA DI RICOVERO

- Alta Specializzazione: le prestazioni saranno rimborsate **fino al Massimale annuo di € 5.000,00** (per *Assicurato* o per l'intero *Nucleo Familiare*):
 - se utilizzate Strutture convenzionate: Pagamento diretto e nessuna applicazione di *Scoperti* o franchigie;
 - se utilizzate Strutture non convenzionate: Pagamento indiretto – applicazione di uno **Scoperto del 20%, con un minimo non indennizzabile di € 60,00**;
 - in caso di prestazioni sostenute utilizzando il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), le spese sostenute per gli eventuali ticket sanitari saranno rimborsate integralmente, **con il limite di € 500,00 per anno assicurativo**.
 - Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche: le prestazioni saranno rimborsate **fino al Massimale annuo di € 1.200,00** (per *Assicurato* o per l'intero *Nucleo Familiare*):
 - se utilizzate Strutture convenzionate: Pagamento diretto e nessuna applicazione di *Scoperti* o franchigie;
 - se utilizzate Strutture non convenzionate: Pagamento indiretto – applicazione di uno **Scoperto del 20%, con un minimo non indennizzabile di € 60,00 (€ 80,00 per Assicurati di età superiore ai 70 anni) ed un massimo non indennizzabile di € 200,00**;
 - in caso di prestazioni sostenute utilizzando il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), le spese sostenute per gli eventuali ticket sanitari saranno rimborsate integralmente.
- Non saranno rimborsate le spese specialistiche pediatriche e ginecologiche “routinarie” o di controllo, mentre le visite neurologiche o psichiatriche si intendono rimborsabili nella misura di una visita all'anno per Assicurato/Nucleo Familiare purché supportata dall'accertamento di un'eventuale patologia.**
- Lenti ed occhiali: saranno rimborsate le spese sostenute per l'acquisto di lenti correttive di occhiali o a contatto e di occhiali (montatura, **con esclusione di metalli preziosi**), **fino al Massimale annuo di € 150,00** (per singolo *Assicurato* o per l'intero *Nucleo Familiare*).

§ 18.2 – Garanzia opzionale “ASSISTENZA ALLA PERSONA”

La presente garanzia si intende operante solo se espressamente opzionata dal *Contraente* sul *Modulo di Polizza* e viene prestata a favore di ogni *Assicurato* identificato in *Polizza*.

§ 18.2.1 – Oggetto della garanzia

In caso di *Infortunio* o *Malattia* sono erogabili, su richiesta dell'*Assicurato* le seguenti prestazioni:

- a) Invio medico in Italia
Quando l'*Assicurato*, in caso di *Malattia* improvvisa o *Infortunio* necessita di una visita medica, la *Compagnia* tramite la *Centrale Operativa Medica*, previa valutazione, provvede ad inviare un proprio medico. In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la *Centrale Operativa Medica* organizza il trasferimento dell'*Assicurato* con un mezzo idoneo ad un ospedale per le cure del caso. Tali prestazioni vengono erogate quando non sia reperibile il medico curante dell'*Assicurato* (ovvero nei giorni festivi, nei giorni feriali dalle ore 20,00 alle ore 8,00 e nei giorni prefestivi dalle ore 14,00 alle ore 24,00).
- b) Consegna esiti a domicilio
Quando l'*Assicurato* si è sottoposto ad accertamenti diagnostici e non può allontanarsi dal proprio domicilio in Italia per ritirare gli esiti in quanto affetto da gravi motivi di salute certificati dal suo medico e nessuno può andare per lui, la *Compagnia* tramite la *Centrale Operativa Medica*, dopo aver ritirato la documentazione, provvede a recapitare gli esiti di

tali accertamenti all'Assicurato o al medico da lui incaricato. Il costo degli esami sostenuti resta a carico dell'Assicurato se riferiti ad esami non rimborsabili a termini di Polizza.

- c) Invio medicinali urgenti a domicilio
Quando l'Assicurato necessita di medicinali regolarmente prescritti ed è oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio in Italia per gravi motivi di salute, certificati dal suo medico e nessuno può andare per lui, la Compagnia tramite la Centrale Operativa Medica, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, provvede alla consegna dei medicinali prescritti. A carico dell'Assicurato resta soltanto il costo dei medicinali.
- d) Informazioni sul reperimento di centri sanitari speciali in Italia
Tramite la Centrale Operativa Medica l'Assicurato può ottenere indicazioni in merito a Case di Riposo, Ospedali e Centri Termali.
- e) Consulti medici
Quando è necessario valutare lo stato di salute dell'Assicurato per decidere quale sia l'intervento più opportuno da effettuare in suo favore, la Compagnia tramite i medici della Centrale Operativa Medica fornisce, sulla base delle informazioni ricevute, suggerimenti di carattere medico sanitario. Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi o prescrizioni.
- f) Consulti telefonici tra specialisti
Quando le condizioni dell'Assicurato, valutate dal proprio medico specialista, richiedano un consulto medico specialistico, la Compagnia tramite la Centrale Operativa Medica mette a disposizione dell'Assicurato i propri medici creando un contatto con lo specialista che ha in cura l'Assicurato e successivamente un ulteriore contatto telefonico con uno o più specialisti per la specifica patologia, tenendo a proprio carico le parcelle di questi ultimi fino alla concorrenza del Massimale di € **250,00 per Evento e per anno assicurativo**.
- g) Consulenza medico sanitaria/informazione ed orientamento medico telefonico
Quando l'Assicurato necessita di informazioni e/o consigli medico-generici, la Centrale Operativa Medica è a sua disposizione con i propri medici per un consulto telefonico. Il servizio è gratuito, non fornisce diagnosi o prescrizioni.
- h) Consulenza sanitaria di alta specializzazione
Quando in seguito ad *Infortunio* o *Malattia* suscettibili di dover dar luogo ad interventi di particolare complessità, l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Compagnia tramite la Centrale Operativa Medica mette a disposizione la propria équipe medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre la Centrale Operativa Medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il Centro in questione avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della Centrale Operativa Medica possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le suddette strutture in Italia e all'estero.
- i) Trasporto in ambulanza all'Istituto di cura per Ricovero
Quando, a giudizio del medico curante ed in accordo con i medici della Centrale Operativa Medica, l'Assicurato necessita di un trasporto in ambulanza, la Compagnia tramite la Centrale Operativa Medica, organizza a proprio carico l'invio di un'ambulanza per il trasporto dell'Assicurato al più vicino ospedale per le cure del caso fino ad un Massimale di € **500,00 per sinistro e per anno**
In caso di *Ricovero* all'estero con intervento chirurgico, il Massimale per anno si intende esteso fino ad € **1.500,00**.
- j) Invio di infermiere a domicilio in Italia
Quando l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un *Ricovero* ospedaliero, necessita di assistenza infermieristica, la Compagnia tramite la Centrale Operativa Medica, provvede ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino ad un massimo di € **50,00 al giorno e fino a 3 giorni consecutivi**.
- k) Trasferimento sanitario dal domicilio
Quando l'Assicurato è affetto da una patologia obiettivamente non curabile nell'ambito delle Strutture Sanitarie ed ospedaliere della Regione italiana di *Residenza*, la Compagnia tramite la Centrale Operativa Medica e previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato effettuata dai propri Medici d'intesa con il medico curante e tenendo a proprio carico i relativi costi, organizza il trasferimento dell'Assicurato con i mezzi adeguati fino al centro ospedaliero ritenuto più idoneo alla cura della patologia di cui è affetto.
Il trasporto può essere effettuato con: aereo sanitario, aereo di linea (anche barellato), treno in prima classe o vagone letto, ambulanza.
Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico o infermieristico.
La prestazione viene fornita per l'improvvisa carenza dei soli strumenti clinici necessari e idonei alla cura:
– dal giorno di decorrenza della garanzia per trasferimenti resi necessari da *Infortunio*;
– dal 120° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per trasferimenti resi necessari da *Malattia*.
- l) Rientro al domicilio a seguito di dimissione ospedaliera
Quando in seguito ad utilizzo della prestazione "Trasferimento sanitario dal domicilio" l'Assicurato dimesso dopo il *Ricovero* ospedaliero non è in grado di tornare al proprio domicilio autonomamente, la Compagnia tramite la Centrale Operativa Medica organizza il suo rientro al domicilio, tenendo a proprio carico i relativi costi, con il mezzo ritenuto più idoneo dai propri medici.
Il trasporto può essere effettuato con aereo di linea (anche barellato), treno in prima classe o vagone letto, ambulanza.
Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico o infermieristico.

m) Diagnosi comparativa per patologie gravi

Qualora l'Assicurato affetto da un grave problema di salute necessitasse di una diagnosi comparativa (ovvero di servizio di consulenza medica personalizzata) realizzata a cura di un medico specialista di riconosciuta esperienza e fama, può farne richiesta alla *Centrale Operativa Medica*.

In particolare il servizio può essere utilizzato quando il quadro clinico prospettato all'Assicurato, colpito da una *Malattia* grave, non esprimendo certezze in termini di diagnosi o trattamenti terapeutici, faccia nascere il desiderio all'Assicurato di ricevere un parere complementare da parte di uno specialista o suggerimenti su terapie e/o raccomandazioni aggiuntive.

Il servizio ha propositi esclusivamente informativi e di consulenza diagnostico-terapeutica per i pazienti ed i loro medici; non intende quindi modificare l'orientamento diagnostico e/o terapeutico del medico curante; pertanto la *Compagnia* e la *Centrale Operativa Medica* non si assumono alcuna responsabilità nel caso di eventuale interruzione o ritardato inizio delle terapie/cure per il caso specifico.

Di seguito vengono indicate le modalità per l'attivazione del servizio.

Il personale della *Centrale Operativa Medica*, previo contatto telefonico da parte dell'Assicurato, provvederà a richiedere i dati utili al suo riconoscimento e inoltrerà allo stesso apposito modulo che, dopo essere stato compilato e sottoscritto in tutte le sue parti dall'Assicurato, dovrà essere presentato all'attenzione del proprio medico di famiglia e/o medico specialista (detti in seguito Medico Fiduciario).

Nel caso in cui il Medico Fiduciario ritenga opportuno richiedere la "Diagnosi Comparativa" dovrà, dopo aver compilato e sottoscritto in tutte le sue parti il modulo per la parte di propria competenza, inviare il modulo di richiesta alla *Centrale Operativa Medica*, la quale contatterà successivamente l'Assicurato per richiedere l'invio, a sue spese, di tutta la documentazione necessaria (cartella clinica o equipollente, referti di esami diagnostici e/o visite specialistiche, radiografie e quant'altro utile). La documentazione acquisita verrà inoltrata dalla *Centrale Operativa Medica* al medico specialista designato alla formulazione della Diagnosi Comparativa, il cui esito verrà trasmesso dal medico della *Centrale Operativa Medica* al Medico Fiduciario entro 15 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione atta alla valutazione.

La *Centrale Operativa Medica* contatterà quindi l'Assicurato per informarlo dell'invio del documento di Diagnosi Comparativa al Medico Fiduciario e altresì concordare la modalità di restituzione della documentazione precedentemente trasmessa dall'Assicurato.

La *Compagnia* e la *Centrale Operativa Medica* non potranno essere chiamate a rispondere di eventuali danni subiti alla documentazione prodotta dall'Assicurato.

§ 18.2.2 – Modalità di erogazione delle prestazioni

Le prestazioni sono erogate in forma diretta, tramite preventivo contatto con la *Centrale Operativa Medica* per i cui riferimenti si rimanda alla specifica sezione (PARTE III: "DENUNCIA E VALUTAZIONE DEL SINISTRO - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO")

§ 18.2.3 – Massimali e Limiti

La garanzia Assistenza opera entro i limiti di massimale e con le carenze che, se presenti, sono dettagliati all'interno della singola prestazione e per i quali si rimanda al paragrafo precedente § 18.2.1 – "Oggetto della garanzia".

Le prestazioni sono singolarmente attivabili **per un massimo di 3 volte all'anno per ciascun Assicurato**.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la *Compagnia* non è tenuta a fornire *Indennizzi* o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

§ 18.3 – Garanzia opzionale "TUTELA LEGALE"

La presente garanzia si intende operante solo se espressamente opzionata dal *Contraente* sul *Modulo di Polizza* e viene prestata a favore di ogni Assicurato identificato in *Polizza*.

§ 18.3.1 – Oggetto della garanzia

La garanzia "Tutela Legale" è valida nell'ambito della vita privata esclusivamente per eventi coperti dalla garanzia principale "Spese Mediche" relativi al *Ricovero*.

La garanzia "Tutela Legale" permette all'Assicurato di sostenere:

- l'esercizio di pretese al risarcimento danni da inadempienze di tipo contrattuale o extracontrattuale nei confronti di terzi esclusivamente in conseguenza di interventi terapeutici o chirurgici effettuati in occasione di *Ricovero* presso *Istituti di cura* (Pubblici o Privati) a seguito di *Infortunio*, *Malattia*, parto e aborto terapeutico. Con riferimento agli interventi chirurgici si intendono compresi anche quelli effettuati in Ambulatorio.
- l'azione di richiesta di risarcimento danno anche in sede penale a mezzo di costituzione di parte civile.

Tali oneri sono quelli relativi a:

1. **Spese per l'intervento del legale** incaricato della gestione del *Caso assicurativo* nel rispetto di quanto previsto dal tariffario nazionale forense, con esclusione dei patti conclusi tra il *Contraente* e/o l'Assicurato ed il legale che stabiliscono compensi professionali;
2. **Eventuali spese del legale di controparte**, nel caso di soccombenza per condanna dell'Assicurato, o di transazione autorizzata dalla *Compagnia*;
3. **Spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di Periti** purché scelti in accordo con la *Compagnia*;
4. **Spese di giustizia**;
5. **Spese relative il Contributo Unificato** (D.Lgs.11/03/2002 n°28), se non ripetuto alla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima;

6. Spese relative al tentativo obbligatorio di conciliazione (D.Lgs. 04/03/2010 n° 28).

§ 18.3.2 – Modalità di erogazione delle prestazioni

L'Assicurato può scegliere liberamente un avvocato di sua fiducia per la tutela dei suoi interessi.

E' garantito l'intervento di un **unico legale** per ogni grado di giudizio.

Si rimanda alla specifica sezione (PARTE III: "DENUNCIA E VALUTAZIONE DEL SINISTRO - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO") per l'attivazione delle singole prestazioni

§ 18.3.3 – Massimali e Limiti

o Periodo di carenza contrattuale:

La garanzia "Tutela Legale" decorre, rispetto alla data di effetto della *Polizza*, purché il *Premio* risulti pagato:

• per l'esercizio di pretese al risarcimento di <i>Danni extracontrattuali</i>	contestualmente
• in tutte le restanti ipotesi previste	decorsi 90 giorni

Se la *Polizza* decorre in data pari a quella di scadenza di una polizza malattia contenente la garanzia di "Tutela Legale", per le equivalenti prestazioni, stipulata con la *Compagnia* stessa o con diversa Impresa assicurativa, (escluso il caso di disdetta della precedente polizza da parte della Compagnia di riferimento), tali carenze non verranno applicate e di ciò verrà espressamente data indicazione nell'Appendice di "Deroghe alle Condizioni Contrattuali" che farà parte integrante della *Polizza* stessa e dovrà essere sottoscritta sia dal *Contraente* che dagli *Assicurati*.

o Massimale:

E' previsto un *Massimale* annuo di **€ 10.000 per Caso assicurativo senza limiti annui**.

o Limitazioni

La *Compagnia* assicura in *Sede extragiudiziale* e giudiziale l'assistenza legale e i relativi oneri che non possono essere ripetuti alla controparte (oneri non ripetibili) che si rendano necessari per la tutela degli interessi dell'Assicurato.

L'Assicurato è tenuto a:

– regolarizzare a proprie spese, secondo le vigenti norme relative alla registrazione degli atti giudiziari e non, i documenti necessari per la gestione del *Caso assicurativo*;

– assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della causa.

Le operazioni di *Esecuzione forzata* non vengono ulteriormente garantite nel caso di **2 esiti negativi**.

Si considerano a tutti gli effetti come **unico Caso assicurativo** le vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse. In tali ipotesi, la garanzia viene prestata a favore di tutti gli *Assicurati* coinvolti, ma il relativo *Massimale* resta unico e viene ripartito tra loro, a prescindere dal numero e dagli oneri da ciascuno di essi sopportati.

Art. 19 – Esclusioni

§ 19.1 – Esclusioni generali (applicabili a tutte le garanzie)

Sono esclusi dall'Assicurazione i *Sinistri* causati o dipendenti da:

1. dolo del *Contraente* e/o delle persone assicurate;
2. guerra (anche civile, dichiarata o meno), rivoluzioni, insurrezioni, sommosse, tumulti popolari, saccheggi, atti di sabotaggio, terrorismo e vandalismo, terremoti, eventi tellurici, alluvione, eruzioni vulcaniche, tsunami e ogni fenomeno naturale od atmosferico avente caratteristiche di calamità naturale;
3. scioperi o serrate;
4. fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
5. detenzione od impiego di sostanze radioattive;
6. fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente;
7. conseguenza diretta o indiretta di attività sportive svolte a titolo professionale;
8. svolgimento delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai di grado superiore al 3°, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, guida od uso di guidoslitte e bob, sports aerei in genere, paracadutismo, immersione con autorespiratore, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motociclistiche e motonautiche e relative prove ed allenamenti, pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme;
9. abuso di alcolici o psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti e di allucinogeni;
10. suicidio o tentato suicidio;
11. *Malattie* neuropsichiatriche nervose o mentali o da patologie che possano essere diretta espressione e conseguenza della terapia cronica con farmaci antipsicotici e/o antidepressivi;
12. *Malattie* preesistenti note, cioè le *Malattie* che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione della presente *Polizza*, se non rese note alla *Compagnia* o espressamente escluse dalla *Compagnia*.

Sono inoltre esclusi i *Sinistri*:

13. occorsi nell'esercizio delle proprie incombenze a membri delle forze armate ed alle persone arruolate nel servizio di leva volontaria;
14. per i quali disposizioni delle Autorità locali vietino o rendano impossibile la prestazione assicurativa.

Oltre ai casi sopra indicati, la *Compagnia* non è tenuta alla prestazione assicurativa, né risponde del ritardo, in ogni caso in cui l'inadempimento o il ritardo sia dovuto a cause di forza maggiore.

§ 19.2 – Esclusioni specifiche di garanzia

o GARANZIA PRINCIPALE “SPESE MEDICHE”

Ad integrazione delle “Esclusioni generali” (paragrafo § 19.1), sono escluse dalla *Copertura Assicurativa* le spese mediche (con o senza *Ricovero*) derivanti da:

1. eliminazione o correzione di malformazioni e difetti fisici preesistenti alla data di stipulazione del contratto o della variazione nonché delle patologie ad esse correlate e fatta eccezione per le malformazioni congenite delle quali l'*Assicurato* sia portatore inconscio;
2. aborto volontario non terapeutico;
3. prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da *Infortunio* o da intervento demolitivo indennizzati a termini di *Polizza*);
4. cure dentarie e delle parodontopatie, protesi dentarie ed ortodontiche, interventi preprotetici e di implantologia non conseguenti da *Infortunio*;
5. cure e interventi per la correzione o eliminazione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia e astigmatismo);
6. cure e interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
7. prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
8. acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, fatta eccezione per le spese relative all'acquisto di quelli applicati durante un intervento chirurgico;
9. *Infortuni* derivanti da delitti dolosi dell'*Assicurato* (compresi, invece, gli *Infortuni* cagionati da colpa grave);
10. degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, in cronici, in stabilimenti o in centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.

o GARANZIA opzionale “TUTELA LEGALE”

Ad integrazione delle “Esclusioni generali” (paragrafo § 19.1) la garanzia “Tutela Legale” non è inoltre valida:

1. in materia fiscale ed amministrativa;
2. quando l'*Assicurato* viene perseguito in sede penale;
3. per qualsiasi *Caso assicurativo* inerente o derivante dall'esercizio della professione medica dell'*Assicurato*;
4. per spese legali e peritali per controversie contro la *Compagnia*;
5. per il pagamento di multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere;
6. per le spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'*Assicurato* nei procedimenti penali (art. 541 Codice di Procedura Penale).

PARTE III: DENUNCIA E VALUTAZIONE DEL SINISTRO - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Art. 20 – Obblighi in caso di Sinistro – Prescrizioni delle garanzie

In caso di *Sinistro*, l'*Assicurato* deve darne avviso alla *Compagnia* ed inviare la denuncia anche per il tramite dell'*Intermediario*, al più presto e comunque nei termini previsti e descritti all'interno di ogni garanzia con le modalità che seguono.

Successivamente, possibilmente **entro 60 giorni** dalla data in cui il *Sinistro* si è verificato o l'*Assicurato* ne ha avuto conoscenza, l'*Assicurato* deve dare avviso scritto mediante raccomandata a/r o posta certificata riportante la denuncia scritta.

L'omesso avviso di *Sinistro* e/o il mancato invio della denuncia può comportare la perdita parziale o totale del diritto dell'*Indennizzo* ai sensi e per gli effetti dell'art. 1915 Codice Civile.

Il diritto dell'*Assicurato* alla garanzia assicurativa si prescrive se il *Sinistro* viene denunciato alla *Compagnia* decorsi due anni dalla sua insorgenza, ai sensi dell'art. 2952 Codice Civile.

§ 20.1 – Garanzia “SPESE MEDICHE”

L'*Assicurato* che debba essere ricoverato, sostenere un intervento chirurgico, effettuare un Accertamento Diagnostico o una Visita specialistica potrà avvalersi delle seguenti opzioni:

- **Pagamento diretto:** usufruire del pagamento diretto delle spese mediche da parte della *Compagnia*, se le prestazioni mediche vengono effettuate tramite l'utilizzo di *Strutture sanitarie convenzionate*, attivate dall'*Assicurato* tramite la *Centrale Operativa Medica*;
- **Pagamento a rimborso:** richiedere il rimborso delle spese mediche sostenute;
- **Prestazione sostitutiva:** ricorrere, per i *Ricoveri* agli *Istituti di cura* del Servizio Sanitario Nazionale o a *Strutture* con questo convenzionate o accreditate, ottenendo la corresponsione dell'indennità sostitutiva.

§ 20.1.1 – Attivazione delle prestazioni

○ PAGAMENTO DIRETTO:

Nel caso l'*Assicurato* abbia deciso di ricorrere a *Strutture sanitarie convenzionate*, la *Compagnia* provvede al pagamento diretto. L'elenco dettagliato delle *Strutture sanitarie convenzionate* con la *Centrale Operativa Medica* è consultabile nell'apposita sezione “*Strutture sanitarie convenzionate*” del sito della *Compagnia*: www.globalassistance.it

Si informa che tale rete è soggetta a variazioni e ad un aggiornamento periodico trimestrale.

Per usufruire del pagamento diretto delle spese, l'*Assicurato* dovrà preventivamente ed obbligatoriamente contattare la *Centrale Operativa Medica* (disponibile dal lunedì al venerdì a partire dalle ore 8,00 fino alle ore 18,00 ed il sabato dalle ore 8,00 alle ore 12,00 esclusi i giorni festivi) ai seguenti numeri:

• dall'Italia: al Numero Verde:
800.594.594

• dall'estero: al numero dedicato
+39 011.7417.179

La Compagnia si impegna a comunicare tempestivamente ad ogni Contraente i nuovi riferimenti telefonici in caso di modifiche.

In questo caso la telefonata viene considerata a tutti gli effetti contrattuali la denuncia del *Sinistro*.

L'Assicurato, o persona da questi incaricata, dovrà fornire i seguenti dati:

1. Numero di *Polizza*;
2. Nome e Cognome dell'*Assicurato* che richiede il servizio;
3. Causale del *Ricovero* (o dell'intervento chirurgico) risultante dalla prescrizione del medico curante comprensiva della diagnosi circostanziata;
4. Luogo o recapito telefonico per i successivi contatti;
5. Eventuale preferenza dell'*Istituto di cura* e/o dei medici convenzionati, che dovrà essere confermata dalla *Centrale Operativa Medica*;
6. In alternativa al punto 5, indicazione dell'*Istituto di cura* e/o dei medici convenzionati già scelti e/o prenotati che dovrà in ogni caso essere sempre confermata dalla *Centrale Operativa Medica*.

La *Centrale Operativa Medica*, ottenute le informazioni necessarie per la verifica del diritto alla prestazione, incluse le verifiche delle regolarità amministrative del contratto assicurativo, provvede all'individuazione della *Struttura Sanitaria Convenzionata*, in accordo con l'*Assicurato*, ed alla conferma allo stesso dell'avvenuta prenotazione della prestazione (se non precedentemente già effettuata dall'*Assicurato* stesso, come da punto 6) nonché dell'operatività del Pagamento diretto.

A tale scopo concorda con l'*Assicurato* la modalità di trasmissione della copia del documento di presa in carico della prestazione, che riepiloga i limiti di *Polizza* ed i diritti ed obblighi rispettivamente della *Compagnia* e dell'*Assicurato* verso le *Strutture sanitarie convenzionate*. All'accettazione, presso la *Struttura sanitaria convenzionata*, sarà sufficiente che l'*Assicurato* presenti la comunicazione di presa in carico.

La *Centrale Operativa Medica* in seguito pagherà direttamente alla *Struttura sanitaria convenzionata* le spese, garantite a termini di contratto, in luogo dell'*Assicurato*.

L'*Assicurato* dovrà provvedere al pagamento delle spese non rimborsabili (dovute ad eventuali franchigie/ *Scoperti*, superamento di limiti e *Massimali* ed esclusioni) prima di lasciare la *Struttura*.

In fase di verifica amministrativa del contratto, se dovesse emergere che l'*Assicurato* risiede in una delle province definite "Aree Metropolitane" per le quali è previsto un maggior *Premio* mentre in *Polizza* è indicata come *Residenza* una provincia che non appartiene alle "Aree Metropolitane", l'*Assicurato* non potrà beneficiare del servizio di Pagamento diretto e sarà applicato uno *Scoperto* del 30% sull'importo liquidabile.

Nel caso di spese mediche non previste in *Polizza*, qualora l'*Assicurato* intenda utilizzare comunque le Strutture e/o medici convenzionati potrà, contattando preventivamente la *Centrale Operativa Medica* ai numeri sopra indicati, beneficiare di eventuali tariffe agevolate.

Il Pagamento diretto non pregiudica comunque il diritto della *Compagnia* a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'*Assicurato*, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti che dovessero essere rilevate anche successivamente il *Ricovero*, l'intervento chirurgico o la prestazione medica in genere.

○ **PAGAMENTO A RIMBORSO:**

In caso di richiesta di rimborso l'*Assicurato* dovrà far pervenire alla *Compagnia*, anche per il tramite dell'*Intermediario*, a cura ultimata e **possibilmente entro 60 giorni** dall'*Evento* e **comunque entro il termine massimo di due anni dalla data di avvenimento del Sinistro**, pena la perdita del diritto all'*Indennizzo*, la denuncia del *Sinistro*, riportando tutte le informazioni inserite nel fac-simile del "Modulo di denuncia *Sinistro*" allegato al presente Set Informativo completa di:

- copia delle fatture/ parcelle mediche, debitamente quietanzate (la *Compagnia* si riserva la facoltà di richiedere successivamente gli originali);
- in caso di **Ricovero**: copia completa della cartella clinica rilasciata dalla struttura sanitaria;
- in caso di **Intervento Ambulatoriale**: copia completa della relazione medica riportante il dettaglio delle prestazioni effettuate;
- in caso di prestazioni **extra Ricovero** quali:
 - **Alta specializzazione, Visite specialistiche o esami di alta diagnostica**, copia di prescrizione medica che riporti il quesito diagnostico o la patologia presunta e/o la relativa diagnosi che ha reso necessaria la prestazione stessa;
 - **Lenti e occhiali**, la copia della prescrizione del medico oculista, che deve riportare le generalità dell'*Assicurato* nonché l'indicazione della patologia (ad es. miopia, astigmatismo ecc.) che comporti l'uso di lenti correttive.

L'*Assicurato*, se in possesso delle credenziali (login e password), potrà trasmettere, nei termini di cui sopra, on-line le proprie richieste di rimborso, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa.

A tal fine l'*Assicurato* dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it e seguire le istruzioni ivi indicate. La documentazione da allegare verrà trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, in grado di fornire garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza.

La *Compagnia* si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

La *Compagnia*, per poter procedere alla definizione del *Sinistro*, potrà richiedere successivamente, anche per il tramite dell'*Intermediario*, ulteriore documentazione che l'*Assicurato* sarà tenuto a trasmettere. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*Indennizzo*, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

○ **INDENNITA' SOSTITUTIVA:**

Ove l'*Assicurato*, in caso di Ricovero presso una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, non dovesse sostenere alcun tipo di spesa al di fuori del ticket, e volesse fare richiesta dell'indennità sostitutiva per ogni giorno di Ricovero, deve presentare **entro il termine massimo di due anni dalla data di avvenimento del Sinistro**, pena la perdita del diritto all'*Indennizzo*, la denuncia del *Sinistro*, riportando tutte le informazioni inserite nel fac-simile del "Modulo di denuncia *Sinistro*" allegato al presente Set Informativo ed allegando copia completa della cartella clinica rilasciata dalla struttura sanitaria.

§ 20.2 – Garanzia "ASSISTENZA"

Per usufruire delle prestazioni di assistenza l'*Assicurato* dovrà attivare la *Centrale Operativa Medica*, contattandola preventivamente ai seguenti numeri telefonici attivi 24 ore su 24, 365 giorni all'anno:

• dall'Italia: al Numero Verde
800.594.594

• dall'estero: al Numero
+ 39 011.7417.179

La Compagnia si impegna a comunicare tempestivamente ad ogni Contraente i nuovi riferimenti telefonici in caso di modifiche.

L'Assicurato, o la persona che contatterà la *Centrale Operativa Medica* per conto di quest'ultimo, dovrà fornire oltre alle proprie generalità, le seguenti ulteriori informazioni:

- numero di Polizza;
- prestazione richiesta;
- luogo e recapito telefonico per i successivi contatti.

§ 20.3 – Garanzia “TUTELA LEGALE”

§ 20.3.1 – Insorgenza del Caso assicurativo

Ai fini della presente garanzia, per insorgenza del *Caso assicurativo* si intende:

- per l'esercizio di pretese al risarcimento di *Danni extracontrattuali*: il momento del verificarsi del primo *Evento* che ha originato il diritto al risarcimento;
- per tutte le restanti ipotesi: il momento in cui l'Assicurato, la controparte o un terzo abbia o avrebbe cominciato a violare norme di legge o di contratto;
- in presenza di più violazioni della stessa natura, per il momento di insorgenza del *Caso assicurativo* si fa riferimento alla data della prima violazione.

La garanzia viene prestata se il *Caso Assicurativo* presenta possibilità di successo.

La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento civile se l'impugnazione presenta possibilità di successo.

§ 20.3.2 – Modalità di denuncia del Sinistro

L'Assicurato:

- deve immediatamente denunciare qualsiasi *Caso assicurativo* nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza. In ogni caso deve fare pervenire alla *Compagnia*, anche per il tramite dell'*Intermediario*, notizia di ogni atto a lui notificato, entro 3 giorni dalla data della notifica stessa;
- deve informare in modo completo e veritiero di tutti i particolari del *Caso Assicurativo*, nonché indicare i mezzi di prova e documenti e, su richiesta, metterli a disposizione.
- può scegliere liberamente il legale, iscritto presso il foro ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, cui affidare la tutela dei propri interessi indicandolo contemporaneamente alla denuncia del *Caso assicurativo* (se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, verrà invitato a scegliere il proprio legale e, nel caso in cui l'Assicurato non vi provveda, la *Compagnia* nominerà direttamente il legale al quale l'Assicurato dovrà conferire mandato). L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con la *Compagnia*.
- deve conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi informandolo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicando i mezzi di prova, fornendo ogni possibile informazione e procurando i documenti necessari.

L'Assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in *Sede extragiudiziar* che giudiziaria, senza preventiva autorizzazione della *Compagnia*.

L'eventuale nomina di Consulenti Tecnici di Parte e di Periti viene concordata con la *Compagnia*.

La *Compagnia* non è responsabile dell'operato di Legali, Consulenti Tecnici e Periti.

Spettano integralmente all'Assicurato i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi.

Spettano invece alla *Compagnia*, che li ha sostenuti o anticipati, gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente e/o stragiudizialmente.

Di seguito i recapiti per la denuncia del *Sinistro*:

Posta ordinaria: Global Assistance Spa – Area Tutela Legale – Piazza Diaz, 6 – 20123 MILANO
E-mail: areatutelalegale@globalassistance.it
Fax: 02.43335020

Art. 21 – Controversie - Arbitrato

In caso di controversie inerenti la garanzia “Spese Mediche”, le Parti possono 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, dal 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.

In caso di controversie inerenti la garanzia “Tutela Legale”, ovvero di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei *Casi Assicurativi* tra l'Assicurato e la *Compagnia*, la decisione può venire demandata, con facoltà di adire le vie giudiziarie, ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile.

Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

La *Compagnia* avverte l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

Art. 22 – Pagamento dell'Indennizzo

Per gli eventi rientranti nella garanzia principale "Spese Mediche", ove venga richiesto un rimborso delle spese sanitarie, la *Compagnia*, ricevuta la denuncia del *Sinistro* e verificata l'operatività della garanzia, valuta la richiesta del danno e ne dà esito all'*Assicurato* entro **30 giorni** dal ricevimento di tutta la necessaria documentazione a supporto e a conclusione degli eventuali accertamenti medici.

Ove il danno risulti risarcibile a termini di *Polizza*, la *Compagnia* provvede al pagamento dell'*Indennizzo* entro **15 giorni** dalla restituzione della quietanza di *Indennizzo*, inviata dalla *Compagnia* all'*Assicurato*, firmata per accettazione da quest'ultimo, restituendo all'*Assicurato*, gli originali delle fatture mediche.

Qualora l'*Assicurato* abbia presentato a terzi l'originale delle notule per ottenerne il rimborso, la *Compagnia* effettuerà il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro presentazione di copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute dall'*Assicurato* all'estero, dove non può essere attivato il servizio di Pagamento diretto, il pagamento dell'*Indennizzo* avverrà nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio (ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi) della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'*Assicurato*.

Per gli eventi rientranti nella garanzia "Tutela Legale", quando il legale dell'*Assicurato* comunica alla *Compagnia* la chiusura del *Caso assicurativo*, la *Compagnia* provvederà al rimborso delle spese legali e peritali sostenute dall'*Assicurato* (se dovute) entro la medesima tempistica di cui sopra al ricevimento della quietanza controfirmata dall'*Assicurato*.

Il pagamento di ogni Indennizzo è eseguito, nella valuta corrente.

ALLEGATO 1: ARTICOLI DI LEGGE RIPORTATI NEL CONTRATTO

Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo e colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'Assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'Assicuratore decade dal diritto di impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di voler esercitare l'impugnazione.

L'Assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno.

Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la *Somma assicurata*.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'Assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'Assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 - Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'Assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893 Codice Civile

Art. 1897 - Diminuzione del rischio

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'Assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese

Art. 1898 - Aggravamento del rischio

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'Assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'Assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'Assicuratore non avrebbe consentito l'Assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'Assicuratore può recedere dal contratto dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'Assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'Assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo 15 giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'Assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini del recesso, l'Assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del Rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'Assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti

il contratto è risolto di diritto se l'Assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'Assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di Assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi Assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun Assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli Assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori a norma dell'art. 1913 Codice Civile, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun Assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

L'Assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un Assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri Assicuratori.

Art. 1915 - Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 2952 - Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Informativa resa all'interessato per il trattamento assicurativo di dati personali comuni e particolari.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 2016/679 (General Data Protection Regulation – GDPR) ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La/Vi informiamo di quanto segue:

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento è diretto all'espletamento da parte del Titolare delle seguenti finalità:

- Procedere alla conclusione, gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti;
- Adempiere ad eventuali obblighi previsti dalla legge, da un regolamento, dalla normativa comunitaria o da un ordine dell'Autorità;
- Esercitare i diritti del Titolare, ad esempio il diritto di difesa in giudizio.

Il trattamento avviene nell'ambito di attività assicurativa e riassicurativa, a cui il Titolare è autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei Vostri dati personali, anche particolari ai sensi dell'art. 9 GDPR, è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 comma 1 n. 2) del GDPR e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. I vostri dati personali sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico.

3. NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZE DEL RIFIUTO

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati può essere:

- a) Obbligatorio in base ad una legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio Antiriciclaggio, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile)
- b) Strettamente necessario alla conclusione, gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti.

L'eventuale rifiuto dell'interessato di conferire i dati personali comporta l'impossibilità di procedere alla conclusione, gestione, ed esecuzione di contratti

assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti.

4. CONSERVAZIONE

I dati personali conferiti per le finalità sopra esposte saranno conservati per il periodo di validità contrattuale assicurativa e successivamente per un periodo di 10 anni. Decorso tale termine i dati personali saranno cancellati.

5. ACCESSO AI DATI

I Vostri dati personali potranno essere resi accessibili per le finalità di cui sopra:

- A dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di soggetti designati;
- A intermediari assicurativi per finalità di conclusione, gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione dei sinistri relativi ai medesimi contratti;
- A soggetti esterni che forniscono servizi in outsourcing al Titolare;
- A riassicuratori con i quali il Titolare sottoscrive specifici trattati per la copertura dei rischi riferiti al contratto assicurativo.

6. COMUNICAZIONE DEI DATI

Il Titolare potrà comunicare i Vostri dati, per le finalità di cui al punto 1 precedente e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge, a terzi soggetti operanti nel settore assicurativo, società di servizi informatici o società a cui il Titolare ha affidato attività in outsourcing o altri soggetti nei confronti dei quali la comunicazione è obbligatoria.

7. DIFFUSIONE

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

8. TRASFERIMENTO DATI ALL'ESTERO

La gestione e la conservazione dei dati personali avverrà su server ubicati all'interno del territorio italiano o comunque dell'Unione Europea. I dati non saranno oggetto di trasferimento all'esterno dell'Unione Europea.

9. DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualità di interessati, avete i diritti riconosciuti dall'art. 15 del GDPR, in particolare di:

- Ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che vi riguardano;
- Ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del Titolare, degli eventuali responsabili e dell'eventuale rappresentante designati ai sensi dell'art. 3 comma 1 del GDPR; e) dei soggetti e delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati;
- Ottenere: a) l'aggiornamento, la rettifica ovvero, quanto avete interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
- Opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che vi riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che vi riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale, Ove applicabili, avete altresì i diritti di cui agli articoli 16 – 21 del GDPR (Diritto di rettifica, diritto all'oblio, diritto di
-

limitazione di trattamento, diritto alla portabilità de dati contrattuali e grezzi di navigazione, diritto di opposizione), nonché il diritto di reclamo all'Autorità Garante.

10. MODALITA' DI ESERCIZIO DEI DIRITTI

Potrete in qualsiasi momento esercitare i Vostri diritti inviando una email, un fax o una raccomandata A.R. all'indirizzo del Titolare.

11. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il titolare del trattamento è:

Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A.

Piazza Armando Diaz n. 6

20123 – Milano

Email: global.assistance@globalassistance.it

PEC: globalassistancespa@legalmail.it

Fax: 02/43335020