

Polizza n° _____

Contraente _____

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE A TUTELA DELLA PERSONA

BCCProSalute **Rimborso Spese Mediche**

Prestazioni assicurate da:



BCC Assicurazioni S.p.A.
Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

La sottoscrizione della presente copertura assicurativa è FACOLTATIVA e non indispensabile per ottenere il Finanziamento alle condizioni proposte.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

BCC Assicurazioni S.p.A.

- a) BCC Assicurazioni S.p.A. Società del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all' Albo dei gruppi assicurativi al N. 019. Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 02652360237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Milano 1782224, iscritta all'Albo Imprese tenuto da IVASS al n. 1.00124;
- b) Sede Legale: in Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia;
- c) Telefono: 02/466275; Sito Internet: www.bccassicurazioni.com; e-mail: bccassicurazioni@bccassicurazioni.bcc.it; bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it;
- d) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: provvedimento IVASS n. 333 del 13 settembre 1996 – G.U. n. 220 del 19 settembre 1996;
- e) Società di revisione: PKF ITALIA SPA, Viale Vittorio Veneto, 10 – 20124 Milano.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto della Compagnia rilevabile dall'ultimo bilancio approvato, al 31 dicembre 2016, è pari a 12 milioni di Euro (di cui 14 milioni di capitale sociale, 1 milione di altre riserve e 1 milione per le perdite portate a nuovo).

Il margine di solvibilità calcolato secondo i parametri Solvency II (c.d. Ratio patrimoniale) è pari a 1,48 volte il minimo regolamentare richiesto dalla normativa vigente.

3. Conflitto di interessi

Il presente contratto è un prodotto Bcc Assicurazioni S.p.A. società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni e partecipata da Iccrea Banca S.p.A.

Il presente prodotto è intermediato da Banca di Credito Cooperativo.

Il collocamento del presente contratto potrebbe comportare il rischio di un conflitto di interesse derivante dalla situazione sopra descritta.

La Compagnia si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva variazione rilevante circa quanto sopra.

Le Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interesse, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno al Contraente/Aderente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il presente contratto ha durata quinquennale (5 anni) senza tacito rinnovo, con frazionamento annuale del premio e scade alla sua naturale scadenza, senza obbligo di disdetta.
Per aspetti di dettaglio si veda art. 7 delle CGA.

AVVERTENZA - Termini e modalità di e disdetta

Sebbene il presente contratto sia stato stipulato per durata pluriennale è facoltà del Contraente recedere dal contratto, inviando lettera Raccomandata A.R., almeno 30 giorni prima della scadenza annuale della rata di premio, e cioè di anno in anno.

BCC Assicurazioni S.p.A.
Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano
infore@bccassicurazioni.bcc.it
Numero Verde: 800.471800

4. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

4.1 Coperture assicurative offerte

Con il contratto di assicurazione di cui alla presente Polizza, la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere all'Assicurato il rimborso delle spese mediche nei casi sotto indicati, diversi a seconda delle "Prestazioni" scelte dall'Assicurato in fase di sottoscrizione:

Prestazione A	RSM per Grandi Interventi Chirurgici <i>(acquistabile singolarmente in alternativa al pacchetto B)</i>
Prestazione B	RSM per Ricovero o Intervento Chirurgico in genere (anche GIC) <i>(acquistabile singolarmente in alternativa al pacchetto A)</i>
Prestazione C	Rimborso Spese per Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici <i>(acquistabile solo in abbinamento ai Pacchetti A o B)</i>
Prestazione D	Assistenza <i>(garanzia obbligatoria in abbinamento ai Pacchetti A o B)</i>

Prestazione A (Art. 20 - 21)

Prestazione B (Art. 23 - 24)

Prestazione C (Art. 26)

Prestazione D (Art. 31)

4.2 AVVERTENZA - Limitazioni ed Esclusioni

Per conoscere , in dettaglio le limitazioni e le Esclusioni derivanti dalla presente Polizza si rimanda rispettivamente ai seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

Prestazione A (Art. 6 – 9 – 18 - 21)

Prestazione B (Art. 6 – 9 – 18 – 24)

Prestazione C (Art. 6 – 9 – 18 – 26)

Prestazione D (Art. 6 – 9 – 18 – 32)

4.3 AVVERTENZA – Franchigie, scoperti e massimali

Il contratto di assicurazione prevede, in relazione ad alcuni eventi, franchigie, scoperti e massimali per i quali si rinvia agli articoli:

Prestazione A (Art. 21 - 22)

Prestazione B (Art. 24 - 25)

Prestazione C (Art. 26 - 27)

Prestazione D (Art. 34 – 36 – 39 – 42 - 44 – 45 – 48 – 49 – 50 – 51 – 52 - 53 - 54 - 55 - 56 – 57 - 58)

della Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Esempio numerico di Scoperto

Somma assicurata : € 15.000

Ammontare del danno : € 5.000

Scoperto del 30% con un minimo di € 2.000 : $(€ 5.000 \times 30\%) = € 1.500 \rightarrow$ scoperto € 2.000

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

Esempio numerico di Franchigia

Es. 1

Somma assicurata : € 100.000

Ammontare del danno : €10.000

Franchigia fissa: € 150

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

Es. 2

Somma assicurata : € 100.000

Ammontare del danno : €100

Franchigia fissa: € 150

Danno Indennizzabile/risarcibile : € 0

Esempio numerico di Massimale

Es. 1

Somma assicurata: € 100.000

Ammontare del danno : € 110.000

Franchigia fissa: € 100

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

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

Es. 2

Somma assicurata: € 100.000

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

Ammontare del danno : € 22.500

Franchigia fissa: € 100

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

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

4.4 AVVERTENZA – Età assicurabile

Non sono assicurabili le persone di età superiore ai 70 anni

4.5 AVVERTENZE – Periodi di Carenza, Termini di Aspettativa:

In particolare le garanzie hanno effetto:

- **per gli Infortuni:** dalle ore 24.00 del giorno di pagamento effettivo del premio;
- **per le malattie:**
 - dal **30° giorno successivo** a quello dell'effettivo pagamento del premio per le malattie non preesistenti alla sottoscrizione del contratto;
 - dal **120° giorno successivo** a quello dell'effettivo pagamento del premio per le malattie preesistenti alla sottoscrizione del contratto e non note all'Assicurato;
 - dal **300° giorno successivo** a quello dell'effettivo pagamento del premio per il parto.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione di altra polizza BCCProSalute, già in essere a nome dello stesso Contraente, per garantire la continuità della copertura all'Assicurato/i, si considerano validi i termini di carenza già maturati con la precedente Polizza.

Per aspetti di dettaglio si veda art. 6 delle CGA.

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

5.1 AVVERTENZA - Dichiarazioni false o reticenti:

Secondo il disposto dell'Art. 10 delle CGA, le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c..

5.2 AVVERTENZA – dichiarazione di buono stato di salute

Non sono assicurabili i soggetti che non sottoscrivono la dichiarazione di buono stato di salute presente all'interno del simplo di polizza.

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

Con riferimento alla posizione di ogni singolo Assicurato, la garanzia cessa alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

L'Assicurato deve avere in Italia il domicilio per tutta la durata del contratto, costituisce pertanto causa di risoluzione del contratto la comunicazione da parte dell'Assicurato di

aver trasferito il proprio domicilio in uno stato estero nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio

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

Gli aggravamenti o le diminuzioni di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, nei casi e con le modalità previsti dall'art.1898 cod. civ..

7. Premio

Il Premio annuale in favore della Compagnia è a carico del Contraente ed è determinato in relazione alle garanzie prestate.

Il Contraente è tenuto a versare il premio o le rate di premio alle scadenze pattuite.

Se il Contraente non paga il premio, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno di pagamento dello stesso.

Se il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, secondo quanto previsto dall'Art. 1901 del C.Civ.

Lo sconto applicato corrisponde al: 1,26%.

7.1 Mezzi di Pagamento

Mezzi di pagamento a disposizione del Contraente:

- Il pagamento del premio può essere eseguito esclusivamente mediante addebito in conto.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

La Polizza non prevede adeguamenti o indicizzazioni del premio.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

10. Legge applicabile al contratto

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

11. Regime fiscale

Imposte sui premi

I premi relativi alla presente Polizza sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni in base alla garanzia: **Prestazione A** imposte del 2,5%, **Prestazione B** imposte del 2,5%, **Prestazione C** imposte del 2,5%, **Prestazione D** imposte del 10%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA - Modalità e termini per la denuncia del sinistro

L'assicurato può scegliere se ricorrere:

1. **agli istituti di cura convenzionati**. In questo caso la Compagnia paga le spese sostenute direttamente all'istituto convenzionato al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali;
2. **agli istituti di cura non convenzionati**. In questo caso la Compagnia rimborsa le spese sostenute all'assicurato al netto delle eventuali franchigie e /o limitazioni contrattuali.

1 - RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA CONVENZIONATI – PAGAMENTO DIRETTO

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

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

**dall'Italia al numero verde 800 - 775013
dall'estero al numero 015 – 255.95.92**

indicando la prestazione di cui intende usufruire.

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

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

Restano a carico dell'assicurato anche le spese:

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

che dovrà rimborsare direttamente all'istituto di cura convenzionato.

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

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

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

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

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

Se l'assicurato non fa ricorso agli istituti di cura convenzionati con La Compagnia, dovrà personalmente, o tramite i suoi familiari o i suoi eredi, preventivamente contattare la:

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

dall'Italia al numero verde 800 - 775013
dall'estero al numero 015 – 255.95.92

entro tre giorni dal ricovero o dall'intervento chirurgico.

Tale obbligo non sussiste nel caso di richiesta di rimborso relativa alle garanzie previste dalla Prestazione C - Visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali.

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi familiari devono darne avviso scritto alla Società entro e non oltre il 60esimo giorno dalla data di dimissioni dall'istituto di cura o dalla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale.

Il modulo di richiesta di rimborso e la documentazione deve essere inviata a:

BCC Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Sinistri
Via Fermi 11/D - 37135 Verona
oppure telefonando al Numero Verde 800.471800
Fax 800.33.44.31
e-mail: sinistire@bccassicurazioni.bcc.it

Per i documenti da inviare in caso di sinistro, si rimanda ai seguenti articoli delle CGA:

Prestazione A (Art. 28) , Prestazione B (Art. 28), Prestazione C (Art. 28)

AVVERTENZA - Modalità e termini per la denuncia del sinistro della garanzia Assistenza
Per la Garanzia Assistenza la Compagnia si avvale di Mapfre Warranty S.p.A. per la gestione dei sinistri.

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

Mapfre Warranty
Strada Trossi, 66
13871 Verrone (Biella)

Per i documenti da inviare in caso di sinistro, si rimanda ai seguenti articoli delle CGA:

Prestazione D (Art. 33)

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

13. Reclami

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

BCC Assicurazioni S.p.A
- Servizio Reclami c/o Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa
- Servizio Reclami di Gruppo -
Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)
Fax: **02/21072280**
E-mail: reclami@bccassicurazioni.bcc.it

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

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax 06/42133206, E-mail tutela.consumatore@pec.ivass.it utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm. Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto. Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

14. AVVERTENZA – Arbitrato

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

BCC Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale
Carlo Barbera



GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

Assicurato:

Il soggetto il cui interesse è protetto dal contratto di assicurazione.

Assicurazione:

Il contratto di assicurazione.

Cartella Clinica:

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

Centrale Operativa:

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

Contraente:

La persona fisica che stipula il contratto di assicurazione e che si assume gli obblighi da essa derivanti.

Convivente more uxorio:

La persona, che in forza di un rapporto personale con l'assicurato, duraturo e continuativo, nonché adeguatamente documentato e socialmente noto, convive stabilmente con l'assicurato e ha in comune con lo stesso la residenza anagrafica (o il domicilio abituale) e lo stato di famiglia.

Sono escluse le persone che convivono "more uxorio" con soggetti appartenenti al nucleo familiare dell'assicurato.

Day Hospital:

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

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

Decorrenza:

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

Franchigia:

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

Grande Intervento Chirurgico (GIC):

Tutti gli interventi chirurgici riportati nell'Allegato 1 alla presente Polizza.

Indennità/Indennizzo:

La somma che la Società è tenuta a corrispondere all'Assicurato in caso di sinistro.

Infortunio:

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intermediario Collocatore:

Le Banche di Credito Cooperativo.

Istituto di Cura:

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

Istituti di Cura Convenzionati:

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

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

Intervento Chirurgico:

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

Malattia:

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Massimale:

La somma massima, stabilita nel contratto, che la Società è tenuta a corrispondere all'Assicurato in caso di uno o più sinistri avvenuti nello stesso anno assicurativo.

Nucleo Familiare:

L'insieme delle persone che compongono il nucleo familiare secondo quanto risulta dallo Stato di Famiglia del Contraente compreso il convivente more uxorio e i figli non coniugati di questi se conviventi con l'assicurato.

Ai fini della validità delle garanzie offerte: gli assicurati nominativamente indicati in polizza purché facenti parte dello stesso stato di famiglia del Contraente.

Parti:

L'Assicurato e la Società.

Polizza:

Il documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio:

La somma in denaro comprensiva di eventuali imposte che la Società ha stabilito quale importo dovuto e da pagarsi dal Contraente in base alla presente Polizza.

Prestazioni:

Per la garanzia Assistenza: i servizi prestati dalla Centrale Operativa all'Assicurato.

Ricovero:

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

Rischio:

La possibilità che si verifichi un sinistro.

Scoperto:

La percentuale del danno che, per ogni sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

In caso di sinistro che preveda lo scoperto e a franchigia, sarà applicato prima lo scoperto e poi la franchigia nelle modalità contrattuali previste.

Società:

BCC Assicurazioni S.p.A., Società del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all' Albo dei gruppi assicurativi al N. 019. Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 02652360237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Milano 1782224, iscritta all'Albo Imprese tenuto da IVASS al n. 1.00124. Sede Legale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Oggetto dell'Assicurazione

Con il contratto di assicurazione di cui alla presente Polizza, la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere all'Assicurato e ai componenti del Nucleo Familiare del Contraente (nel caso di scelta della Formula Nucleo) il rimborso delle spese mediche nei casi sotto indicati, a seconda delle "Prestazioni" scelte dall'Assicurato in fase di sottoscrizione:

Prestazione A	RSM per Grandi Interventi Chirurgici <i>(acquistabile singolarmente in alternativa al pacchetto B)</i>
Prestazione B	RSM per Ricovero o Intervento Chirurgico in genere (anche GIC) <i>(acquistabile singolarmente in alternativa al pacchetto A)</i>
Prestazione C	Rimborso Spese per Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici <i>(acquistabile solo in abbinamento ai Pacchetti A o B)</i>
Prestazione D	Assistenza <i>(garanzia obbligatoria in abbinamento ai Pacchetti A o B)</i>

Nel caso di scelta della Formula Nucleo la copertura è operante solo per gli assicurati nominativamente indicati in polizza purché facenti parte dello stesso stato di famiglia del Contraente, al momento della sottoscrizione della Polizza.

Il Nucleo può prevedere un numero massimo di 5 soggetti assicurabili, compreso il Contraente.

Art. 2 - Conclusione del Contratto

Il Contratto si intende concluso nel momento della sottoscrizione della Proposta, salvo che la Compagnia, entro 30 giorni solari dalla data della sottoscrizione della stessa, comunichi al contraente mediante raccomandata A.R. il proprio rifiuto ad accettare la proposta.

Nell'ipotesi che venga comunicato al Contraente il rifiuto di accettare la proposta nel termine di cui al punto precedente, la Compagnia restituirà il premio che sia stato eventualmente corrisposto.

Art. 3 - Pagamento del Premio

Il Contraente è tenuto a versare il premio o le rate di premio alle scadenze pattuite.

Il pagamento del premio può essere eseguito esclusivamente mediante addebito in conto.

Se il Contraente non paga il premio, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno di pagamento dello stesso.

Se il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, secondo quanto previsto dall'Art. 1901 del C.Civ.

Art. 4 – Mezzi di pagamento del premio

Mezzi di pagamento a disposizione del Contraente:

- Addebito in conto corrente

Art. 5 - Regime fiscale

I premi relativi alla presente Polizza sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni in base alla garanzia:

Prestazione A imposte del 2,5%

Prestazione B imposte del 2,5%

Prestazione C imposte del 2,5%

Prestazione D imposte del 10%

Art. 6 - Decorrenza del Contratto e Termini di Aspettativa

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza sempre che a tale data sia stato pagato il premio o la prima rata di premio; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento.

Termini di Aspettativa:

In particolare le garanzie hanno effetto:

- **per gli Infortuni:** dalle ore 24.00 del giorno di pagamento effettivo del premio
- **per le malattie:**
 - dal **30° giorno successivo** a quello dell'effettivo pagamento del premio per le malattie non preesistenti alla sottoscrizione del contratto;
 - dal **120° giorno successivo** a quello dell'effettivo pagamento del premio per le malattie preesistenti alla sottoscrizione del contratto e non note all'Assicurato.
 - dal **300° giorno successivo** a quello dell'effettivo pagamento del premio per il parto.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione di altra polizza BCCProSalute, già in essere a nome dello stesso Contraente, per garantire la continuità della copertura all'Assicurato/i, si considerano validi i termini di carenza già maturati con la precedente Polizza.

Art. 7 - Durata e proroga del contratto

Il presente contratto ha durata quinquennale (5 anni) senza tacito rinnovo, con frazionamento annuale del premio e scade alla sua naturale scadenza, senza obbligo di disdetta.

Sebbene il presente contratto sia stato stipulato per durata pluriennale è facoltà del Contraente recedere dal contratto, inviando lettera Raccomandata A.R., almeno 30 giorni prima della scadenza annuale della rata di premio, e cioè di anno in anno.

In caso di richieste di sostituzione di polizza che comportino variazioni di premio, comprese le variazioni intervenute in corso d'anno nello stato di famiglia del Contraente rispetto al nucleo familiare assicurato e dichiarato in Polizza, dovrà essere sottoscritta una nuova Polizza che avrà decorrenza la prima scadenza della rata di premio annuale con

conseguente annullamento della Polizza sostituita alla stessa data, fermo restando la scadenza contrattuale della polizza in sostituzione. Il nuovo premio verrà determinato in base ai diversi parametri inseriti.

Le richieste di sostituzione di Polizza dovranno pervenire alla Compagnia entro e non oltre i 30 giorni precedenti alla scadenza del frazionamento annuale.

Art. 8 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro, le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso deve essere comunicato all'altra parte con lettera Raccomandata A.R e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

In caso di recesso la Compagnia rimborsa al Contraente la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Art. 9 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone di età superiore ai 70 anni.

Non sono assicurabili i soggetti:

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

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

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

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

Art. 10 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 11 - Aggravamento o diminuzione del rischio

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

Gli aggravamenti o le diminuzioni di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, nei casi e con le modalità previsti dall'art.1898 cod. civ..

Art. 12 – Obblighi dell'Intermediario

L'Intermediario collocatore si impegna a:

- consegnare tutta la documentazione pre-contrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente all'Assicurato, prima della sottoscrizione delle singole coperture assicurative;
- fornire copia del Simplo di Polizza;
- sottoporre a ciascun Assicurato, l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, predisposta e resa disponibile da BCC Assicurazioni S.p.A., nonché a raccogliere e trattenere presso di sé il relativo consenso al trattamento dei dati personali.

Art. 13 - Estensione Territoriale

L'Assicurazione ha efficacia:

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

1. Ricorso alle Cliniche Estere per Interventi programmati

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 14 - Rinuncia all'azione di rivalsa

Per le prestazioni conseguenti a malattia e/o infortunio, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, la Compagnia rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del C. Civ.

Art. 15 - Oneri fiscali

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, relativi al premio, al contratto e agli atti da esso dipendenti, restano a carico del Contraente.

Art. 16 - Foro Competente

Per ogni controversia derivante dall'applicazione del presente contratto è competente il foro ove il Contraente ha la residenza o il domicilio elettivo.

Art. 17 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è regolato nel contratto si applicano le vigenti disposizioni della Legge italiana.

Art. 18 – Esclusioni

Sono escluse dal rimborso le seguenti spese sanitarie:

- A. **eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti all'ingresso in garanzia;**
- B. **le conseguenze dirette di infortuni, nonché per le malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;**
- C. **malattie mentali, disturbi psichici in genere inclusi i comportamenti di natura nevrotica;**
- D. **la correzione di difetti visivi con trattamento laser ad eccimeri;**
- E. **l'intervento per la deviazione del setto nasale, se non dovuto ad eventi di natura traumatica, escludendo altresì i casi di ipertrofia dei turbinati o poliposi;**
- F. **cure/prestazioni per persone affette da infermità mentale, alcoolismo, tossicodipendenza e relative alle cause e alle conseguenze derivanti da tali infermità;**
- G. **fecondazione non fisiologica (assistita);**
- H. **atti dolosi da parte dell'Assistito, non considerando tali quelli riconducibili a imprudenze e negligenze anche in forma grave;**
- I. **infortuni e intossicazioni derivanti e conseguenti ad alcoolismo, abuso di psicofarmaci, uso di allucinogeni e stupefacenti (questi ultimi se non assunti a titolo farmacologico);**
- J. **derivanti da sport aerei (deltaplani, ultraleggeri, parapendii e assimilabili) e dalla partecipazione a gare motoristiche, prove e allenamenti;**
- K. **derivanti da attività sportive professionali (comprese gare ed allenamenti). Per sport professionali si intendono quelli che determinano una retribuzione, in**

premi o in denaro che costituisce la fonte primaria di reddito dell'Assicurato, o comunque non marginale ad altre forme di reddito derivanti dall'esercizio di altre attività;

- L. aborto volontario non terapeutico;
- M. eventi di natura e finalità di tipo estetico (con esclusione degli interventi di chirurgia plastica o di carattere stomatologica ricostruttiva e resi necessari a seguito di un infortunio o patologia tumorale);
- N. cure e terapie odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo e ortodontico, nonché quelle del paradonto, salvo quelle rese necessarie da malattie neoplastiche o da infortunio;
- O. le protesi di qualsiasi altro tipo (con esclusione delle endoprotesi applicate in occasione di interventi chirurgici) intendendo per tali a titolo puramente esemplificativo: apparecchi acustici, plantari, ecc;
- P. trattamenti sclerosanti;
- Q. trattamenti fisioterapici e rieducativi, così come le cure termali, medicinali e vaccini, con l'esclusione di quanto indicato al punto 5 delle prestazioni previste nei pacchetti A e B;
- R. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazioni dell'atomo, naturali o provocate, e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radio-attivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- S. le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- T. ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo e simili) ancorché qualificate come cliniche o case di cura;
- U. Le conseguenze di contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

Art. 19 - Reclami

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

BCC Assicurazioni S.p.A

- Servizio Reclami c/o Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa

- Servizio Reclami di Gruppo -

Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)

Fax: 02/21072280

E-mail: reclami@bccassicurazioni.bcc.it

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

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax

06/42133206, E-mail tutela.consumatore@pec.ivass.it utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

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

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

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

Prestazione A - RSM PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Art. 20 - Oggetto della garanzia

La Società provvede:

- al rimborso delle spese sanitarie sostenute in istituti di cura Non Convenzionati, salvo i limiti previsti all'Art. 9 Estensione Territoriale, per quanto riguarda l'estero;
- al pagamento diretto in caso di ricorso alle Cliniche convenzionate e previo accordo con la centrale operativa, salvo quanto previsto all'Art. 13 Estensione Territoriale per quanto riguarda l'estero,

in seguito a Grande Intervento Chirurgico, intendendosi come tali gli interventi di cui all'elenco contenuto nell'Allegato 1 alla presente Polizza, resosi necessario da Infortunio o Malattia, fino alla concorrenza del massimale indicato in Polizza.

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

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

Art. 21 - Estensioni di garanzia

Diaria Sostitutiva e Indennità per Day Hospital

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

- una Diaria Sostitutiva pari a € 150,00 per ogni giorno di ricovero. Questa Diaria viene corrisposta per un massimo di 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo.

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

La Diaria sostitutiva, se derivante da parto (naturale o con taglio cesareo), non verrà corrisposta al neonato.

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

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

Spese precedenti al Grande Intervento Chirurgico

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

Spese successive al Grande Intervento Chirurgico

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

Spese per il trapianto di organi

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

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

Spese per il trasporto dell'Assicurato

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

Spese per l'accompagnatore

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

Spese per l'assistenza infermieristica

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

Indennità di convalescenza

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

Art. 22 - Massimale Assicurato

La Società rimborsa le spese mediche, così come indicato nel precedente articolo 16, **fino alla concorrenza del massimale di € 130.000,00**, inteso come disponibilità annua per testa assicurata.

Prestazione B - RSM PER RICOVERI e INTERVENTI CHIRURGICI IN GENERE

Art. 23 - Oggetto della garanzia

La Società provvede:

- al rimborso delle spese sanitarie sostenute in istituti di cura Non Convenzionati, salvo i limiti previsti all'Art. 13 Estensione Territoriale, per quanto riguarda l'estero,
- al pagamento diretto in caso di ricorso alle Cliniche convenzionate e previo accordo con la centrale operativa, salvo quanto previsto all'Art. 13 Estensione Territoriale per quanto riguarda l'estero,

in seguito a Ricovero, con o senza Intervento Chirurgico, o con Intervento Chirurgico ambulatoriale, resosi necessario da Infortunio Malattia o Parto, fino alla concorrenza del massimale e con l'applicazione della Franchigia così come indicato in Polizza.

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

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

Sono comprese in garanzia tutte le spese sostenute per Grande Intervento Chirurgico come indicato nella sezione A.

Art. 24 - Estensioni di garanzia

Diaria Sostitutiva e Indennità per Day Hospital

Se l'Assicurato non sostiene alcuna spesa sanitaria di cui all'oggetto, la Società corrisponderà:

- una Diaria Sostitutiva pari a € 150,00 per ogni giorno di ricovero.
Questa Diaria viene corrisposta per un massimo di 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo.

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

La Diaria sostitutiva se derivante da parto (naturale o con taglio cesareo) non verrà corrisposta al neonato.

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

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

Spese precedenti al Ricovero con o senza Intervento Chirurgico o Intervento Chirurgico ambulatoriale

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

Spese successive al Ricovero con o senza Intervento Chirurgico o Intervento Chirurgico ambulatoriale

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

Spese per il trattamento terapeutico del neonato

La Società offre la copertura delle spese sanitarie rese necessarie dal trattamento terapeutico praticato in regime di ricovero ai neonati nei primi 30 giorni di vita, con **il limite massimo del 20% del massimale assicurato.**

Spese per il trasporto dell'Assicurato

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

Spese per l'accompagnatore

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

Spese per l'assistenza infermieristica

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

Indennità di convalida

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

Aborto terapeutico, spontaneo o post traumatico

La Società si impegna a rimborsare le spese sostenute durante il periodo di ricovero resosi necessario per aborto terapeutico, aborto spontaneo o aborto post traumatico, **fino alla concorrenza massima di € 5.000,00 per anno assicurativo.**

Parto con taglio cesareo

La Società si impegna a rimborsare le spese sostenute durante il periodo di ricovero resosi necessario da parto con taglio cesareo, **fino alla concorrenza massima di € 5.000,00 per anno assicurativo.**

Parto naturale

La Società si impegna a rimborsare le spese sostenute durante il periodo di ricovero resosi necessario da parto naturale, **fino alla concorrenza massima di € 3.500,00 per anno assicurativo.**

Art. 25 - Massimale Assicurato

La Società rimborsa le spese mediche così come indicato nel precedente Art. 23 **fino alla concorrenza del massimale indicato in Polizza e scelto tra una delle seguenti opzioni:**

- **€ 30.000**
- **€ 50.000**
- **€ 100.000**

Limitatamente alle spese sostenute per GIC (Allegato 1) il massimale scelto si intende triplicato

E' prevista una **franchigia** di:

- **€ 2.000,00** nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia
- **€ 3.000,00** nel caso in cui l'Assicurato non si avvalga di strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia

I massimali si intendono come disponibilità annua per singola testa assicurata.

Prestazione C
VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI DI ALTA DIAGNOSTICA
E TRATTAMENTI TERAPEUTICI AMBULATORIALI

Art. 26 - Oggetto della garanzia

La Società provvede:

- al rimborso delle spese sanitarie sostenute in istituti di cura Non Convenzionati, salvo i limiti previsti all'Art. 13 Estensione Territoriale, per quanto riguarda l'estero,
- al pagamento diretto in caso di ricorso alle Cliniche convenzionate e previo accordo con la centrale operativa, salvo quanto previsto all'Art. 13 Estensione Territoriale per quanto riguarda l'estero,

in caso di visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici eseguiti ambulatorialmente e indipendenti da ricovero o intervento chirurgico per malattia, infortunio e parto, fino alla concorrenza del massimale scelto.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prestazione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Sono in copertura:

a) le seguenti visite specialistiche, anche se eseguite in regime di day hospital:

- analisi di laboratorio ed esami diagnostici;
- onorari medici per visite specialistiche o per consulti;
- visite neurologiche.

Sono escluse:

- **le visite odontoiatriche e ortodontiche;**
- **ginecologiche;**
- **le visite specialistiche dietologiche con finalità estetica;**
- **i trattamenti e le sedute di psicanalisi;**
- **le visite rese necessarie da malattie mentali, disturbi psichici in genere e comportamenti nevrotici;**
- **le visite pediatriche.**

b) i seguenti esami di alta diagnostica, anche se eseguiti in regime di day hospital:

- angiografia
- arteriografia
- artrografia
- broncoscopia
- cisternografia
- cistografia
- clisma opaco
- colangiografia + colangiografia percutanea
- colecistografia
- coronarografia
- dacriocistografia

- densitometria ossea (MOC)
- ecocardiografia da sforzo
- ecocontrastografia
- elettromiografia (EMG)
- endoscopia apparato digerente ed urologico
- fistelografia
- fluorangiografia oculare
- galattografia
- isterosalpingografia
- linfografia
- mielografia
- pneumoencefalografia
- risonanza magnetica (RMN)
- scialografia con contrasto
- scintigrafia
- splenoportografia
- tomografia assiale computerizzata (TAC), comprese T.A.C. dentarie
- tomografia a emissione di positroni (PET)
- urografia
- vesciculodeferentografia

c) i seguenti trattamenti terapeutici, anche se eseguiti in regime di day hospital:

- terapia radiante a scopo antitumorale
- polichemioterapia antitumorale
- cobaltoterapia
- dialisi

d) Parto Naturale domiciliare, se effettuato con assistenza medica, incluse le spese di natura ostetrica con **il limite di € 1.000,00 per evento**.

A deroga dell'art. 18 "Esclusioni", è incluso nella presente garanzia l'esercizio di medicine e pratiche non convenzionali, limitatamente all'agopuntura, all'osteopatia ed alla chiropratica, purché prescritte e praticate da medico chirurgo abilitato all'esercizio della professione e riconosciuto dal SSN.

Le spese sopraindicate sono rimborsate anche nei casi di ricovero o intervento chirurgico se le prestazioni relative vengono effettuate prima o dopo i limiti temporali previsti afferenti le prestazioni pre e post ricovero di cui ai punti 3 e 4 delle prestazioni dei pacchetti A e B.

Art. 27 - Massimale Assicurato

La Società rimborsa le spese mediche così come indicato nel precedente Art. 26 **fino alla concorrenza del massimale indicato in Polizza e scelto tra una delle seguenti opzioni:**

- **€ 2.000,00**
- **€ 4.000,00**

Per ciascuna prestazione verrà applicato uno scoperto del 20% **con minimo di € 60,00 per sinistro**.

I massimali si intendono come disponibilità annua per singola testa assicurata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o di strutture con il medesimo convenzionate saranno rimborsati integralmente i tickets relativi alle prestazioni coperte dall'assicurazione.

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 28 - Modalità di denuncia, obblighi dell'assicurato e gestione del sinistro

L'assicurato può scegliere se ricorrere:

3. **agli istituti di cura convenzionati**. In questo caso la Compagnia paga le spese sostenute direttamente all'istituto convenzionato al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali;
4. **agli istituti di cura non convenzionati**. In questo caso la Compagnia rimborsa le spese sostenute all'assicurato al netto delle eventuali franchigie e /o limitazioni contrattuali.

1 - RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA CONVENZIONATI – PAGAMENTO DIRETTO

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

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

dall'Italia al numero verde 800 - 775013
dall'estero al numero 015 – 255.95.92

indicando la prestazione di cui intende usufruire.

La centrale operativa invierà tramite fax o e-mail, seguito del contatto telefonico, all'assicurato il modulo per la richiesta del pagamento diretto.

L'assicurato dovrà restituirlo alla centrale operativa sempre tramite fax o e-mail debitamente compilato, con allegata la copia della prescrizione medica della richiesta di ricovero.

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

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

Restano a carico dell'assicurato anche le spese:

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

che dovrà rimborsare direttamente all'istituto di cura convenzionato.

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

Qualora il ricovero o l'intervento chirurgico venga effettuato in una struttura convenzionata, ma da parte di personale non convenzionato, l'assicurato dovrà sostenere direttamente le spese relative alla prestazione del personale non convenzionato e richiederne il rimborso secondo le modalità di "ricorso agli istituti di cura non convenzionati". **Per le spese sostenute all'estero per l'equipe medica non convenzionata restano intesi i limiti di copertura previsti all'art. 9 Estensione territoriale.**

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

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

Se l'assicurato non fa ricorso agli istituti di cura convenzionati con La Compagnia, dovrà personalmente, o tramite i suoi familiari o i suoi eredi, preventivamente contattare la:

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

**dall'Italia al numero verde 800 - 775013
dall'estero al numero 015 – 255.95.92**

entro tre giorni dal ricovero o dall'intervento chirurgico.

Tale obbligo non sussiste nel caso di richiesta di rimborso relativa alle garanzie previste dalla Prestazione C - Visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali.

Successivamente, dovrà compilare il modulo di richiesta di rimborso delle spese mediche, allegando tutta la documentazione medica.

Il modulo di richiesta di rimborso e la documentazione deve essere inviata a:

**BCC Assicurazioni S.p.A
Ufficio Sinistri
Via Fermi 11/D - 37135 Verona
oppure telefonando al Numero Verde 800.471800
Fax 800.33.44.31
e-mail: sinistrire@bccassicurazioni.bcc.it**

entro 60 giorni dalla data dimissione dall'istituto di cura o dalla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale.

In caso di richiesta di rimborso relativa alla garanzia "Visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali", la prima richiesta di rimborso potrà essere fatta, con la succitata modalità, **entro 30 giorni dalla scadenza dell'annualità assicurativa della polizza, se la richiesta di rimborso supera la franchigia prevista nel contratto.**

La richiesta potrà essere fatta anche precedentemente, qualora nel corso dell'annualità assicurativa le spese sostenute superino l'importo della franchigia prevista in polizza. **In tale caso, la richiesta di rimborso potrà essere fatta entro 30 giorni dal superamento del limite e successivamente entro 30 giorni dalla data della fattura e/o ricevuta fiscale.**

La richiesta di rimborso delle spese mediche deve essere fatta a cure ultimate e corredata dai seguenti documenti giustificativi:

- fatture, ricevute fiscali, notule di spesa o ricevute debitamente quietanzate in originale e in copia;
- esami medici eventualmente eseguiti o altra documentazione sanitaria in copia tranne gli esami radiologici o altro che possono essere trasmessi solamente in originale;
- prescrizione medica in originale e copia;
- cartella clinica e /o documento sostitutivo in copia;
- i documenti che comprovino il periodo di permanenza all'estero in copia.

L'assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla centrale operativa e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alle patologie denunciate, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

La centrale operativa, ricevuta tutta la documentazione di richiesta del rimborso, provvede, se dovuto e **al netto delle eventuali limitazioni e/o franchigie previste dal contratto**, al pagamento delle spese entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta, nel caso tutta la documentazione presentata risulti esaustiva.

In caso contrario, la centrale operativa ne darà comunicazione scritta all'assicurato e il termine di 30 giorni decorrerà nuovamente dal ricevimento della documentazione completa.

Per le spese sostenute all'estero restano intesi i limiti di copertura previsti all'art. 9 Estensione territoriale.

In caso di decesso dell'assicurato il rimborso verrà effettuato ai suoi legittimi eredi.

Se l'assicurato ha presentato a terzi gli originali delle notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avviene previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Il pagamento a favore dell'assicurato viene effettuato tramite bonifico bancario in Italia e in valuta corrente. Per le spese sostenute all'estero, il pagamento viene effettuato utilizzando la data di valuta riferita alla data del pagamento.

Qualora, previo le opportune verifiche, la centrale operativa non ritenga di dover procedere al rimborso delle spese mediche, ne darà comunicazione scritta all'assicurato per raccomandata con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla data di ricezione della documentazione ritenuta completa.

Art. 29 - Obbligo di restituzione delle spese sanitarie liquidate dalla Compagnia e non dovute

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

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

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

Art. 30 - Controversie sulla determinazione dell'indennizzo

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

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

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

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

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

Prestazione D - ASSISTENZA

Art. 31 – Oggetto della garanzia

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

Art. 32 – Esclusioni

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

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

Art. 33 – Istruzioni per la richiesta di assistenza

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

800 – 775013
in funzione 24 ore su 24

oppure al numero:

015 – 255.95.92
preceduto dal prefisso per l'Italia nel caso si trovi all'estero

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

MAPFRE WARRANTY
Strada Trossi, 66
13871 Verrone (BI)

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

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

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

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

Art. 34 – Erogazione delle prestazioni

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

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

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

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

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

Art. 35 – Accertamenti in caso di sinistro

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

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

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

L’assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa polizza, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della centrale operativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dell’esame del sinistro stesso.

CURA

Art. 36 – Informazioni sanitarie

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

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

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

Art. 37 – Consigli medici telefonici generici e specialistici

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

Art. 38 – Invio di un medico generico a domicilio o di un'autoambulanza

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

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

Art. 39 – Trasporto in autoambulanza in Italia dopo il ricovero di primo soccorso

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

Art. 40 – Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

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

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

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

Art. 41 – Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'assicurato, a seguito malattia o infortunio, in conseguenza della prestazione indicata all'art. 40 “Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato”, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la centrale operativa provvederà al suo rientro con il mezzo, tra quelli di seguito elencati, che sia più idoneo alle sue condizioni:

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

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

Art. 42 – Assistenza infermieristica presso l'istituto di cura

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

Art. 43 – Invio di medicinali urgenti

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

CONVALESCENZA E RIABILITAZIONE

Art. 44 – Invio di un infermiere a domicilio

Se l'assicurato, nelle due settimane successive al rientro dal ricovero, necessita di essere assistito da un infermiere, la centrale operativa provvederà al suo reperimento. La Compagnia ne assume le spese **fino a un massimo di euro 500,00 per assicurato e per anno.**

Art. 45 – Invio di un fisioterapista a domicilio

Se l'assicurato, a seguito di una malattia o di un infortunio necessita di un fisioterapista al domicilio, la centrale operativa provvederà a inviarglielo a domicilio. La Compagnia ne assume le spese **fino a un massimo di euro 260,00 per sinistro.**

IN VIAGGIO

Art. 46 – Rientro sanitario (anche dall'estero)

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

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

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

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

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

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

Art. 47 – Rientro anticipato

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

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

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

Art. 48 – Recupero e rientro salma

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

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

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

Art. 49 – Prolungamento del soggiorno all'estero

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

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

Art. 50 – Rientro degli altri assicurati

In caso di rientro sanitario dell'assicurato in base alle condizioni previste nel precedente art. 42 "Rientro sanitario (anche dall'estero)", se le persone in viaggio con l'assicurato, purché anch'esse assicurate, non sono in grado di rientrare per ragioni obiettive con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato, la centrale operativa provvede a fornire loro un biglietto ferroviario, prima classe, o aereo, classe economica, per rientrare alla propria residenza in Italia.

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

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

Art. 51 – Assistenza di un interprete all'estero

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

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

Art. 52 – Viaggio di un familiare e spese di soggiorno

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

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

Art. 53 – Anticipo spese mediche

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

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

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

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

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

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

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

SINGLE

Art. 54 – Invio di un infermiere per assistenza di un familiare non autosufficiente

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

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

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

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

Art. 55 – Pensione per animali domestici

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

FAMIGLIA

Art. 56 – Accompagnamento di minori

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

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

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

Art. 57 – Baby sitter per minori

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

Art. 58 – Collaboratrice familiare

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

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

Art. 59 – Consulenza pediatrica

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

Allegato 1 – Elenco Grandi Interventi Chirurgici (GIC)

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

CHIRURGIA DEL COLLO

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale

- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

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

UROLOGIA

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

GINECOLOGIA

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

Allegato 2 – TARIFFA

Per la determinazione della fascia di età si considerano gli anni compiuti

PRESTAZIONE A:

FASCIA D'ETA'	Premio Totale Lordo
0 – 34 anni	€ 100,00
35 – 59 anni	€ 128,00
60 – 75 anni	€ 211,00

PRESTAZIONE B:

Opzione Massimale € 30.000,00

FASCIA D'ETA'	Premio Totale Lordo
0 – 34 anni	€ 425,00
35 – 59 anni	€ 552,00
60 – 75 anni	€ 680,00

Opzione Massimale € 50.000,00

FASCIA D'ETA'	Premio Totale Lordo
0 – 34 anni	€ 443,00
35 – 59 anni	€ 576,00
60 – 75 anni	€ 710,00

Opzione Massimale € 100.000,00

FASCIA D'ETA'	Premio Totale Lordo
0 – 34 anni	€ 475,00
35 – 59 anni	€ 618,00
60 – 75 anni	€ 760,00

PRESTAZIONE C:

Opzione Massimale € 2.000,00

FASCIA D'ETA'	Premio Totale Lordo
0 – 34 anni	€ 507,00
35 – 59 anni	€ 766,00
60 – 75 anni	€ 835,00

Opzione Massimale € 4.000,00

FASCIA D'ETA'	Premio Totale Lordo
0 – 34 anni	€ 684,00
35 – 59 anni	€ 1.034,00
60 – 75 anni	€ 1.072,00

PRESTAZIONE D:

Numero Teste Assicurate	Premio Totale Lordo
1	€ 23,00
2	€ 47,00
3	€ 70,00
4	€ 94,00
5	€ 117,00

INFORMATIVA AL CLIENTE SULL'ATTIVAZIONE DELL'AREA RISERVATA

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

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

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

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