

Polizza multirischi

Documento Informativo relativo al Prodotto Assicurativo

Società: BCC Assicurazioni

Prodotto: "BCCProSalute"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative ai prodotti sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

La polizza corrisponde, a seconda delle prestazioni scelte, all'Assicurato e al suo Nucleo Familiare (se selezionata la Formula Nucleo) il rimborso per le spese mediche sostenute in caso di: Grandi Interventi Chirurgici, Ricovero o Intervento Chirurgico in genere, Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici, Assistenza.



Che cosa è assicurato?

- ✓ La polizza rimborsa l'Assicurato o gli Assicurati (nel caso di Formula Nucleo) le spese mediche (RSM) nei casi sotto indicati e a seconda delle "Prestazioni" scelte:
- ✓ **Prestazione A, RSM per Grandi Interventi Chirurgici:** a seguito di Grande Intervento Chirurgico (intendendosi come tali gli interventi descritti in polizza) resosi necessario da Infortunio o Malattia, provvede al:
 - ✓ Rimborso delle spese sanitarie sostenute in istituti di cura Non Convenzionati, salvo limiti previsti in polizza;
 - ✓ Pagamento diretto in caso di ricorso alle Cliniche convenzionate e previo accordo con la centrale operativa.
- ✓ **Prestazione B, RSM per Ricovero o Intervento Chirurgico in genere:** a seguito di Ricovero, con o senza Intervento Chirurgico, o con Intervento Chirurgico ambulatoriale, resosi necessario da Infortunio, Malattia o Parto, provvede al:
 - ✓ Rimborso delle spese sanitarie sostenute in istituti di cura Non Convenzionati, salvo limiti previsti in polizza;
 - ✓ Pagamento diretto in caso di ricorso alle Cliniche convenzionate e previo accordo con la centrale operativa.La copertura include le spese per Grandi Interventi Chirurgici.
- ✓ **Prestazione C, Rimborso spese per Visite specialistiche o Accertamenti diagnostici:** 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, provvede al:
 - ✓ Rimborso delle spese sanitarie sostenute in istituti di cura Non Convenzionati, salvo limiti previsti in polizza;
 - ✓ Pagamento diretto in caso di ricorso alle Cliniche convenzionate e previo accordo con la centrale operativa.
- ✓ **Prestazione D, Assistenza:** prevede una centrale operativa contattabile dall'Assicurato per prestazioni di assistenza dettagliate in polizza, tra cui a titolo di esempio: Consigli medici telefonici, Invio di un medico generico, Trasporto in autoambulanza, Infermiere o Fisioterapista a domicilio, Rientro sanitario, Pensione per animali domestici e Baby sitter per minori.

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



Che cosa non è assicurato?

- ✗ **Tutte le prestazioni** - 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.
- ✗ **Prestazione C, Rimborso spese per Visite specialistiche o Accertamenti diagnostici:**
 - ✗ La copertura esclude: 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.
- ✗ **Prestazione D, Assistenza** - Nel caso di rientro sanitario (anche dall'estero), 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;
 - ✗ Le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali o internazionali;
 - ✗ Le dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.



Ci sono limitazioni alla copertura?

- ! La prestazione A è acquistabile singolarmente in alternativa al pacchetto B.
- ! La prestazione B è acquistabile singolarmente in alternativa al pacchetto A.
- ! La prestazione C è acquistabile in abbinamento ai pacchetti A o B.
- ! La prestazione D è acquistabile in abbinamento ai pacchetti A o B.
- ! Nel caso di scelta della Formula Nucleo, il Nucleo può prevedere un numero massimo di 5 soggetti assicurabili, compreso il Contraente.
- ! Non sono assicurabili le persone di età superiore ai 70 anni.
- ! Le coperture sono prestate secondo condizioni, massimali e franchigie previste in polizza.

- ! **Tutte le coperture** - Sono escluse dal rimborso le spese mediche legate a:
 - ! Eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti all'ingresso in garanzia;
 - ! 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;
 - ! Malattie mentali, disturbi psichici in genere inclusi i comportamenti di natura nevrotica;
 - ! Correzione di difetti visivi con trattamento laser ad eccimeri;
 - ! 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;
 - ! Cure/prestazioni per persone affette da infermità mentale, alcoolismo, tossicodipendenza e relative alle cause e alle conseguenze derivanti da tali infermità;
 - ! Fecondazione non fisiologica (assistita);
 - ! Atti dolosi da parte dell'Assistito, non considerando tali quelli riconducibili a imprudenze e negligenze anche in forma grave;
 - ! Infortuni e intossicazioni derivanti e conseguenti ad alcoolismo, abuso di psicofarmaci, uso di allucinogeni e stupefacenti (questi ultimi se non assunti a titolo farmacologico);
 - ! Sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche, prove e allenamenti;
 - ! 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;
 - ! Aborto volontario non terapeutico;
 - ! 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);
 - ! 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;
 - ! Protesi di qualsiasi altro tipo (con esclusione delle endoprotesi applicate in occasione di interventi chirurgici);
 - ! Trattamenti: sclerosanti, fisioterapici e rieducativi, così come le cure termali, medicinali e vaccini, con l'esclusione di quanto indicato nei pacchetti A e B;
 - ! Trasformazioni o trasmutazioni dell'atomo, naturali o provocate, e di accelerazioni di particelle atomiche;
 - ! Guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
 - ! Ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza ancorché qualificate come cliniche o case di cura;
 - ! Contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

- ! **Prestazione C, Rimborso spese per Visite specialistiche o Accertamenti diagnostici:** per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

- ! **Prestazione D, Assistenza:**
 - ! La garanzia non è operante per sinistri provocati o dipendenti da:
 - ! Infortuni derivanti dalle 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;
 - ! 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.
 - ! Le prestazioni di 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.
 - ! In caso di richiesta alla centrale operativa di anticipo spese mediche, la prestazione viene fornita a condizione che l'Assicurato sia in grado di fornire adeguate garanzie per la restituzione della somma anticipata.
 - ! Nel caso di rientro anticipato, sono esclusi i casi in cui l'Assicurato non possa fornire alla centrale operativa adeguate informazioni sui motivi della richiesta di rientro.
 - ! L'anticipo delle spese mediche esclude i casi di sinistro avvenuti a meno di 50km dal comune di residenza dell'Assicurato.



Dove sono coperto dall'assicurazione?

- ✓ L'assicurazione ha efficacia:
 - ✓ In Italia;
 - ✓ All'estero, a seguito di:
 - ✓ Ricorso alle Cliniche Estere per Interventi programmati;
 - ✓ Necessità di cure se l'Assicurato si trova all'estero per lavoro, studio, vacanza.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere: eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono essere causa di annullamento dello stesso e/o di limitazione dell'indennizzo dovuto.
- Devi 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 di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.
- Devi avere il domicilio in Italia per tutta la durata del contratto; la comunicazione di variazione del domicilio, in uno stato estero nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare, costituisce causa di risoluzione contrattuale.
- Devi comunicare la sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: dipendenza da sostanze psico-attive (alcol, stupefacenti, allucinogeni, farmaci non conseguenti a terapie mediche); affetti da infezioni da HIV.



Quando e come devo pagare?

- Sei tenuto a versare il premio annualmente.
- Il mezzo di pagamento a tua disposizione è addebito in conto corrente.



Quando inizia e quando finisce la copertura?

- Il contratto ha durata quinquennale senza tacito rinnovo e scade alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.
- L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza a condizione che il premio o la prima rata di premio siano stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.
- Se non paghi 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.
- 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.



Come posso cancellare il contratto?

- E' tua facoltà recedere dal contratto inviando lettera di raccomandata A.R. almeno 30 giorni prima della scadenza annuale della rata del premio e cioè di anno in anno.
- 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.