

Malattie



Contratto di Assicurazione per il Rimborso delle Spese Mediche, per il Ricovero e Prestazioni di Assistenza

Modello CDL

Polizza Numero : 5744605

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO, CONTENENTE:

- Nota informativa, comprensiva di Glossario;
- Condizioni di assicurazione;
- Informativa sulla tutela dei dati personali;

**DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA
SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE.**

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1. Persone assicurabili e Ammissione alla copertura assicurativa

Gli Assistiti dipendenti dell'Azienda Associata.

Il nucleo familiare degli Assistiti dipendenti.

La possibilità di accedere alle prestazioni si estende ai membri del nucleo familiare, così come riportato nello stato di famiglia o nell'autocertificazione prevista dall'apposita dichiarazione.

ART. 2. Persone non assicurabili – Cessazione dell'Assicurazione

Non sono assicurabili le persone affette da: AIDS, HIV, delirium tremens, alcoolismo, tossicodipendenza.

La garanzia cessa automaticamente al manifestarsi di tali patologie.

ART. 3. Limite di età

L'Assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 70 anni.

Tuttavia per le persone che raggiungano tale età nel corso del contratto l'Assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del 70esimo anno di età dell'Assistito.

ART. 4. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Associato o dell'Assistito relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

ART. 5. Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti del 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, ai sensi dell'Art. 1898 C.C..

ART. 6. Inclusioni/Esclusioni - Variazioni di personale assistito – Periodi di carenza

Le variazioni nelle persone assistite devono essere comunicate per iscritto alla Cassa, la Società ne prende atto alla ricorrenza annuale con emissione di appendice di regolazione premio.

1) INCLUSIONI DEI DIPENDENTI

Gli Assistiti dipendenti dell'Azienda Associata possono usufruire delle prestazioni erogate dalla Cassa compilando l'apposita dichiarazione:

1a) Contestualmente alla decorrenza della polizza.

In tal caso le prestazioni avranno effetto dalle ore 24,00 del giorno di decorrenza della polizza; nel caso di richiesta di inserimento di un dipendente oltre la data di adesione dell'azienda alla Cassa, ma comunque entro il massimo di 30 giorni dall'adesione stessa, la copertura sarà prestata a favore del dipendente dalle ore 24,00 del giorno della relativa comunicazione alla Cassa.

1b) A seguito dell'inizio del rapporto di lavoro con l'azienda già associata.

In tal caso le prestazioni decorreranno dal giorno successivo alla comunicazione alla Cassa; nel caso di richiesta di inserimento di un dipendente oltre la data di assunzione presso l'azienda, ma comunque entro il massimo di 30 giorni, la copertura sarà prestata a favore del dipendente dalle ore 24,00 del giorno della relativa comunicazione alla Cassa.

1c) Oltre 30 giorni rispetto a quanto previsto ai punti 1a) e 1b).

In questo caso, con riferimento al giorno di presentazione della domanda di adesione, la decorrenza delle prestazioni avrà effetto:

- dalle ore 24 dello stesso giorno per i casi di infortunio;

- dalle ore 24 del 90° giorno successivo per i casi di malattia;
- dalle ore 24 del 300° giorno per i casi di gravidanza.

Nel caso in cui il dipendente, al momento del rinnovo annuale, decidesse di non confermare la propria adesione alla Cassa, perderà da tale momento il diritto all'erogazione delle prestazioni ed inoltre non potrà più essere inserito fra i beneficiari delle prestazioni attraverso la stessa azienda.

2) INCLUSIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

La possibilità di accedere alle prestazioni si estende ai membri del nucleo familiare, così come riportato nello stato di famiglia o nell'autocertificazione prevista dall'apposita dichiarazione.

L'adesione del nucleo familiare deve essere comunicata alla Cassa compilando l'apposita dichiarazione che:

2a) Il dipendente sottoscrive contestualmente all'adesione alla Cassa della propria azienda.

In tal caso le prestazioni avranno effetto dalle ore 24,00 del giorno di decorrenza della polizza; nel caso di richiesta di inserimento del nucleo familiare oltre la data di adesione dell'azienda, ma comunque entro il massimo di 30 giorni dall'adesione stessa, la copertura sarà prestata a favore del nucleo familiare del dipendente dalle ore 24,00 del giorno della relativa comunicazione alla Cassa.

2b) Il dipendente sottoscrive contestualmente all'inizio del suo rapporto di lavoro con l'Azienda già associata.

In tal caso le prestazioni decorreranno dal giorno successivo alla comunicazione alla Cassa; nel caso di richiesta di inserimento del nucleo familiare oltre la data di assunzione presso l'azienda, ma comunque entro il massimo di 30 giorni, la copertura sarà prestata a favore del nucleo familiare dalle ore 24,00 del giorno della relativa comunicazione alla Cassa.

2c) Il dipendente sottoscrive oltre 30 giorni rispetto a quanto previsto ai punti 2a) e 2b).

In questo caso l'adesione avverrà sempre in occasione del rinnovo annuale, mentre le prestazioni decorreranno:

- dal 1° gennaio per i casi di infortunio;
- dal 1° aprile per i casi di malattia;
- dal 1° ottobre per i casi di gravidanza.

Nel caso in cui il dipendente intendesse escludere il nucleo familiare indicato in precedenza deve darne comunicazione per iscritto alla Cassa almeno un mese prima della scadenza annuale; in tal caso il nucleo familiare non potrà più essere ammesso ad usufruire delle prestazioni assistenziali sanitarie.

Le variazioni nella composizione del nucleo familiare devono essere tempestivamente comunicate alla Cassa.

La variazione del nucleo dovrà essere comunicata entro 30 giorni dalla variazione stessa e documentata inviando il certificato di residenza del nuovo componente familiare e lo stato di famiglia aggiornato.

In questo caso la decorrenza delle prestazioni di rimborso spese mediche avverrà dal giorno successivo alla presentazione della dichiarazione alla Cassa.

Trascorso il predetto termine di 30 giorni si applica quanto previsto al precedente punto 2c).

Ai fini del pagamento del premio l'Associato si impegna a versare, in sede di regolazione premio, l'importo relativo al periodo di permanenza degli assistiti entrati a nuovo.

3) Esclusioni

La copertura, rispetto agli assistiti esclusi, cessa dalle ore 24 del giorno di cessazione del rapporto di lavoro oppure dalla data indicata dall'Associato, comunque non retroattiva rispetto alla data di comunicazione.

ART. 7. Massimale per nucleo familiare

Fra le Parti rimane stabilito che ciascuna delle somme pattuite per le garanzie indicate in polizza si intende quale unica disponibilità per anno assicurativo e per l'intero nucleo familiare assicurato.

ART. 8. Pagamento dei premi e decorrenza del periodo di copertura

La copertura ha effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza della presente polizza ovvero dalle ore 24 del giorno di inclusione dell'Assistito.

L'Associato è tenuto a pagare, alle rispettive scadenze e per tutta la durata del contratto, i premi stabiliti. La prima rata deve essere pagata all'atto dell'adesione, le rate successive vengono pagate contro rilascio di regolari quietanze emesse dalla Società.

La copertura decorre dalle ore 24 del giorno indicato nel contratto o nell'appendice se in quel momento il premio è stato pagato; in caso diverso decorre dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento, ferme restando le scadenze stabilite.

Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di 30 giorni, trascorso il quale la copertura resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio e delle spese, ferme restando le scadenze stabilite.

Il premio è sempre determinato per il periodo di copertura di un anno ed è dovuto per intero anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate.

ART. 9. Regolazione del premio

Al termine di ciascuna annualità assicurativa la Società, in base alle comunicazioni effettuate dall'Associato, provvederà alla regolazione del premio, computando per ciascun mese di garanzia un premio pari a un dodicesimo del premio annuo e considerando le frazioni di mese come mese intero, nonché all'aggiornamento del medesimo per le rate successive.

ART. 10. Altre assicurazioni

L'Associato è esonerato dall'obbligo di denunciare altre assicurazioni che il medesimo avesse stipulato in favore degli stessi assistiti.

ART. 11. Denuncia dell'infortunio o della malattia o dei cicli di cure

L'Assistito deve presentare denuncia alla Cassa o alla Società entro 60 giorni dall'intervento, dal ricovero, dall'infortunio o dalla malattia ovvero dal giorno in cui sia stato obiettivamente in grado di provvedere.

Limitatamente ai cicli di cure la denuncia deve essere presentata alla Cassa o alla Società entro 30 giorni.

La denuncia deve essere corredata della necessaria documentazione medica che attesti l'alterazione dello stato di salute.

Qualora l'Assistito usufruisca di rimborsi accordati da altri Enti per il relativo indennizzo, deve presentare denuncia alla Cassa o alla Società entro 60 giorni dalla data di liquidazione del sinistro effettuato dall'altro Ente.

L'Assistito deve sottoporsi agli accertamenti e controlli disposti dalla Società fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

ART. 12. Criteri di liquidazione

La Società effettua il rimborso all'Assistito entro 30 giorni dalla data di ricevimento della necessaria documentazione medica e, in originale, delle relative notule e fatture debitamente quietanzate, che saranno restituite a semplice richiesta.

L'indennizzo viene effettuato a cura ultimata. Qualora l'Assistito debba presentare ad altri l'originale delle notule e fatture, la Società effettua il rimborso dietro presentazione della copia delle suddette notule e fatture unitamente al documento comprovante il rimborso da altri effettuato.

ART. 13. Controversie / Arbitrato

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici del luogo ove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assistito.

Per la risoluzione di eventuali controversie tra le Parti, l'Assistito in alternativa a quanto precede, ha facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

ART. 14. Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali le Parti sono tenute devono essere fatte con lettera raccomandata o telex.

ART. 15. Proroga del contratto

Ad ogni scadenza annuale è data facoltà alle Parti di recedere dal contratto mediante lettera raccomandata spedita con preavviso non inferiore a 30 giorni.

In mancanza di tale disdetta, il contratto si intenderà rinnovato per una ulteriore annualità.

ART. 16. Legislazione applicabile e rinvio alle norme di Legge

Il presente contratto di assicurazione è regolato dalla legge italiana.

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

ART. 17. Documentazione da consegnare all'Assistito

L'Associato in occasione di ogni nuova adesione provvederà a fornire all'Assistito copia delle Condizioni Contrattuali predisposte dalla Società.

L'Associato terrà indenne e manlevata la Società da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivare dal mancato rispetto di quanto sopra da parte dell'Associato stesso.

ART. 18. Estensione territoriale

La copertura vale in tutto il mondo con l'intesa che le liquidazioni dei danni avverranno in Italia ed in valuta corrente. Per le spese sostenute all'estero dall'Assistito i rimborsi verranno effettuati al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

ART. 19. Cessione dei diritti

L'Associato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione.

ART. 20. Foro competente

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assistito o delle persone fisiche che intendono far valere diritti derivanti dal contratto.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE DI CURA

SEZIONE 1

A) OSPEDALIERE

La Società, nei limiti pattuiti, assicura il rimborso delle spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie:

- 1) Ricovero in istituto di cura o clinica o ambulatorio per malattia o infortunio, compreso il regime di Day Hospital.

Prima del ricovero

- accertamenti diagnostici, compresi onorari medici, effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero;
- trasporto al luogo di cura, anche all'estero:
 - a) in ambulanza;
 - b) con qualsiasi altro mezzo.

Durante il ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- diritti di sala operatoria, materiale d'intervento, apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- assistenza medica, cure (anche di medicina alternativa), trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali e accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza;
- vitto e pernottamento dell'eventuale accompagnatore nell'istituto di cura o, in caso di comprovata non disponibilità dell'istituto stesso, in una struttura alberghiera;
- assistenza infermieristica, anche privata, durante il periodo di ricovero.

Dopo il ricovero

- accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 90 giorni successivi alla data di dimissione o dall'intervento chirurgico ambulatoriale;
- medicinali (anche alternativi) purché prescritti all'atto della dimissione e da somministrarsi per un periodo non superiore a 30 giorni dalla dimissione stessa;
- noleggio effettuato nei 120 giorni successivi alla data di dimissione o dall'intervento chirurgico ambulatoriale di:
 - apparecchi protesici / sanitari / terapeutici;
 - presidi sanitari incluse carrozzelle ortopediche;
- assistenza infermieristica a domicilio nei 90 giorni successivi alla data di dimissione o dall'intervento chirurgico ambulatoriale;
- cure termali e relativi ricoveri (escluse le spese di natura alberghiera) effettuate nei 120 giorni successivi alla data di dimissione o dall'intervento chirurgico ambulatoriale;
- trasporto dal luogo di cura, anche se all'estero, alla propria abitazione o al successivo luogo di cura:
 - a) in ambulanza;
 - b) con qualsiasi altro mezzo.

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, sono comprese le spese per il trasporto e le prestazioni necessarie per l'espianto. Nel caso di donazione da vivente le cure e pratiche mediche sopraindicate sono riferite anche al donatore. La garanzia è altresì estesa ai casi in cui l'Assistito sia esso stesso donatore di organi.

B) EXTRAOSPEDALIERE-ALTA SPECIALIZZAZIONE

- amniocentesi;
- angiografia;
- diagnostica radiologica;
- doppler;
- ecografia;
- elettrocardiografia;
- elettroencefalografia;
- esami tiroidei e paratiroidei;
- markers epatite B e C;
- MOC/DOC;
- risonanza magnetica nucleare;
- scintigrafia;
- TAC;
- telecuore;
- chemioterapia;
- cobaltoterapia;
- dialisi;
- laserterapia.

C) PARTO

In caso di:

- a) parto normale, pilotato, con applicazione di forcipe, con episiotomie, con episioraffie, con sutura di lacerazioni, anche non comportante intervento chirurgico;
- b) parto cesareo avvenuto in istituto di cura;
- c) aborto spontaneo o post traumatico comportante ricovero in istituto di cura;

sono garantite le prestazioni di cui alla precedente lettera "A", con l'applicazione dei sottolimiti previsti dai "limiti di risarcimento per anno/nucleo".

D) EXTRAOSPEDALIERE - Cure e accertamenti diagnostici domiciliari ed ambulatoriali (garanzia valida solo se richiamata nel frontespizio di polizza).

La Società, nei limiti pattuiti, assicura il rimborso delle spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie extraospedaliere:

1) Prestazioni base

- **visite mediche in genere anche non specialistiche (escluse quelle dentarie in genere);**
- **accertamenti diagnostici;**
- **prestazioni infermieristiche fino a concorrenza di € 26,00 giornaliera e per un massimo di 60 giorni per nucleo familiare e per anno assicurativo;**
- **cure mediche e trattamenti fisioterapici rieducativi o riabilitativi;**
- **medicinali purché prescritti da personale medico;**
- **medicinali "omeopatici" purché prescritti da personale medico;**
- **agopuntura/elettroagopuntura, purché praticate da medici iscritti all'Ordine;**
- **acquisto di lenti correttive di vizi della vista clinicamente accertati, comprese le relative montature, nonché le protesi sostitutive oculari, con i seguenti limiti:**
 - **€ 130,00 per Assistito e per anno in corso di modifica del visus;**
 - **€ 60,00 per Assistito e per anno senza modifica del visus;****sono escluse le lenti monouso e le montature in metallo prezioso;**
- **cure termali, in base a una diaria omnicomprensiva di € 31,00 per ogni giorno di permanenza nella stazione termale e per un periodo massimo di 20 giorni per Assistito e per anno.**

2) Esami a scopo preventivo

La Società rimborsa ogni 2 anni, in assenza di stati patologici, le spese qui di seguito elencate relative alle prestazioni sanitarie di prevenzione divise per fasce di età e per sesso:

UOMO		DONNA	
Esami ematochimici basali	ETÀ 20-30 ANNI (Compiuti)	Esami ematochimici basali	
*Esami ematochimici basali; Ecografia Addominale	ETÀ 31-40 ANNI (Compiuti)	Esami ematochimici basali; Ecografia Addominale; Ecografia Mammaria; Pap Test	
*Esami ematochimici basali; Ecografia Addominale; PSA; RX Torace	ETÀ 41-50 ANNI (Compiuti)	Esami ematochimici basali; Ecografia Addominale; Mammografia; Pap Test; Rx Torace	
Esami ematochimici basali; Ecografia Addominale; PSA; RX Torace; Ecografia Prostatica; Coprocultura	ETÀ OLTRE 50 ANNI	Esami ematochimici basali; Ecografia Addominale; Rx Torace; Mammografia; Ecografia mammaria; Pap Test; Coprocultura	

* Per Esami ematochimici basali si intendono : emocromo con formula - glicemia - got - gpt - gamma gt - creatinina totale - trigliceridi - colesterolo totale - esame urine completo.

E) MASSIMALE AGGIUNTIVO alla garanzia D) per le Prestazioni Oncologiche (garanzia valida solo se richiamata nel frontespizio di polizza con l'indicazione del relativo sovrappremio)

Valido per visite, esami, prestazioni medico infermieristiche, acquisto dei medicinali, questi ultimi entro il limite del 20% della somma assicurata.

F) DENTARIE (garanzia valida solo se richiamata nel frontespizio di polizza)

La Società, nei limiti pattuiti, assicura il rimborso delle spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie, intendendosi per ciò il ciclo di cure occorrente in base alla prescrizione medica:

- cure odontoiatriche;
- cure ortodontiche;
- protesi ortodontiche;
- acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche.

A verifica della risarcibilità delle spese odontoiatriche sostenute, la Società si avvale del diritto di effettuare una visita medico legale obiettiva del soggetto interessato, nonché a richiedere ulteriore documentazione medica (ad esempio radiografie e modelli di impronta) precedente e successiva alle cure.

LIMITI DI RISARCIMENTO PER ANNO/NUCLEO

A) OSPEDALIERE

- Massimale annuo € 75.000,00
- Massimale aggiuntivo per “grandi interventi” € 37.500,00
- Sottolimiti specifici € 1.600,00 per spese di trasporto con mezzi diversi dall’ambulanza;
€ 60,00 giornaliero per la retta dell’accompagnatore e per assistenza infermieristica a domicilio;
€ 1.600,00 per il noleggio di attrezzature protesiche e terapeutiche post-ricovero.

B) EXTRA OSPEDALIERE – ALTA SPECIALIZZAZIONE

- Massimale annuo € 5.000,00

C) PARTO

- a) Massimale annuo € 2.100,00
- b) e c) Massimale annuo € 75.000,00

D) EXTRA OSPEDALIERE - Cure e accertamenti diagnostici domiciliari ed ambulatoriali (garanzia valida solo se richiamata nel frontespizio di polizza)

- 1) Prestazioni base - Massimale annuo € 2.600,00
- 2) Esami a scopo preventivo Massimale annuo € 300,00

E) MASSIMALE AGGIUNTIVO alla garanzia D) per le Prestazioni Oncologiche (garanzia valida solo se richiamata nel frontespizio di polizza)

- Massimale annuo € 5.000,00

F) DENTARIE (garanzia valida solo se richiamata nel frontespizio di polizza)

- Massimale annuo € 1.100,00
- Sottolimiti specifici €. 250,00 per evento per le protesi ortodontiche.

RELATIVAMENTE ALLE GARANZIE D) e F) tali limiti sono riferiti ad un nucleo composto da un singolo Assistito; le somme vengono elevate di € 300,00 per ogni Assistito in aggiunta al primo, ad eccezione della garanzia D punto 2 esami a scopo preventivo.

FRANCHIGIE E/O SCOPERTI

A) OSPEDALIERE

Nessuna franchigia e/o scoperto a carico dell'Assistito.

B) e D) EXTRAOSPEDALIERE - ALTA SPECIALIZZAZIONE - Cure e accertamenti diagnostici domiciliari ed ambulatoriali

Scoperto del 20% col minimo di € 50,00 per ciascun evento ad eccezione della garanzia D punto 2 esami a scopo preventivo.

C) PARTO

Nessuna franchigia e/o scoperto a carico dell'Assistito.

E) Massimale aggiuntivo alla garanzia D) per le Prestazioni Oncologiche

Nessuna franchigia e/o scoperto a carico dell'Assistito.

F) DENTARIE

Scoperto del 20% con il minimo di €. 75,00 per ciascun evento

ESCLUSIONI - SEZIONE 1

Sono esclusi dalla copertura:

- le malattie mentali; tuttavia l'esclusione non opera per i casi comportanti intervento chirurgico e per le nevrosi;
- le intossicazioni e gli infortuni conseguenti ad abuso di alcolici o a uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti e allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente;
- gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose; le garanzie si intendono tuttavia estese agli infortuni determinati da imprudenze e negligenze gravi;
- gli infortuni sofferti in conseguenza della partecipazione a gare professionistiche e relativi allenamenti; a imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assistito per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio), le cure e le protesi odontoiatriche e ortodontiche, fermi i rimborsi previsti alla garanzia "F" (garanzia valida solo se richiamata);
- le spese per l'acquisto, la manutenzione, la riparazione o il noleggio di apparecchi protesici o terapeutici, salvo quanto previsto alla lettera A) della Sezione 1 e al punto 5) delle Condizioni Particolari;
- fatti di guerre e insurrezioni, terremoti, inondazioni e eruzioni vulcaniche;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche nonché da contaminazione radioattiva.

CONDIZIONI PARTICOLARI RIMBORSO SPESE DI CURA

1) Diaria sostitutiva - Garanzia integrativa

Qualora le spese sanitarie sostenute durante il periodo di ricovero siano a totale carico dell'assistenza sanitaria sociale o interamente rimborsate in forza di polizza stipulata presso altra Compagnia di assicurazione o altra Cassa assistenziale, la Società corrisponde una indennità per ciascun giorno di ricovero pari a € 60,00 e per un periodo massimo di 150 giorni per nucleo familiare e per anno assicurativo.

Qualora invece le spese vengano riconosciute o rimborsate parzialmente, la Società corrisponderà - nell'ambito delle prestazioni fornite dalla presente polizza - il rimborso integrativo a totale copertura delle spese sostenute.

Le eventuali franchigie e/o scoperti non sono considerati rimborsi parziali e restano a carico dell'Assistito.

2) Tickets del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui le prestazioni siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), verrà effettuato il rimborso integrale del ticket previsto a carico dell'Assistito, senza applicazione di scoperto e/o franchigia. Non sono comunque rimborsabili i tickets riferiti all'acquisto di medicinali.

3) Rette dell'accompagnatore

In eccedenza alla somma assicurata è compreso il rimborso:

- a) delle spese sostenute per le rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura, per un periodo non superiore a 100 giorni per ogni evento e con il limite giornaliero di € 60,00. Ove non fosse possibile il pernottamento nell'istituto di cura, verrà liquidata una somma pari a € 60,00 al giorno con il massimo di 30 giorni per anno assicurativo;
- b) un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (classe prima) di andata e ritorno per consentirgli di raggiungere l'Assistito ricoverato, qualora il ricovero dovuto a infortunio o malattia fosse superiore a 3 giorni.

4) Estensione gratuita delle garanzie ai neonati

I figli delle donne assistite, nati durante il periodo di validità della polizza, sono gratuitamente assicurati per le stesse somme e garanzie pattuite per la madre con decorrenza dal momento della nascita e comunque sino al termine dell'anno assicurativo.

È equiparata a "nascita" l'adozione del neonato, purché avvenuta nel primo anno di vita.

5) Protesi ortopediche e apparecchi acustici

Si intendono comprese le spese sostenute per l'acquisto, il noleggio e la riparazione di protesi ortopediche e apparecchi acustici, fino a concorrenza dell'importo di € 1.100,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo. La garanzia è prestata con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 100,00 per evento.

6) Malattie pregresse, croniche e recidivanti

Le garanzie comprendono le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza o di una successiva appendice di inclusione di persone, nonché le malattie croniche e recidivanti.

7) Assegno exitus

In caso di decesso dell'Assistito all'estero conseguente a eventi assicurati, la Società rimborsa agli aventi diritto le spese sostenute per il rimpatrio della salma con il limite di € 1.100,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo.

8) Validità temporale delle prestazioni

Le spese sostenute dall'Assistito saranno attribuite per "competenza" al massimale in vigore nell'anno in cui si è verificato l'evento per le prestazioni A e C, e al massimale in vigore nell'anno in cui è stata effettivamente sostenuta la spesa per le prestazioni B, D, E, F; in entrambi i casi l'evento deve essere regolarmente denunciato nei termini indicati all'art. 9 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Eventuali spese non denunciate nei termini previsti ovvero eccedenze di spese non rimborsate nell'anno di "competenza" non potranno essere in alcun modo attribuite al massimale di altre annualità assicurative.

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI RIMBORSO SPESE DI CURA

Le pratiche di rimborso dovranno essere spedite a mezzo raccomandata A/R al seguente indirizzo:

Assidir s.r.l.
Ufficio Sinistri
Via Stoppani 6 - 20129 Milano

MODALITÀ DI DENUNCIA E DOCUMENTAZIONE A CORREDO DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO

Tutti i documenti di spesa devono essere inviati contestualmente alla richiesta di rimborso, entro il limite massimo di 60 giorni dalla data dell'ultimo documento di spesa.

Per i casi che prevedono una serie di più cure nel periodo a cavallo di due anni, anche se non ancora concluse, le fatture dovranno essere presentate entro il 31/12 dell'anno in cui il sinistro è stato denunciato, fermo restando il limite massimo di 60 giorni dalla data dell'ultimo documento di spesa. La Società provvederà alla relativa liquidazione applicando il relativo scoperto pari al 20% e l'eventuale proseguimento del ciclo di cure (per la medesima patologia) dovrà essere denunciato nel nuovo anno, precisando che, per quanto riguarda la prescrizione medica, si terrà conto di quella presentata per il precedente sinistro già liquidato, applicando sempre lo scoperto pari al 20% (il minimo di scoperto previsto verrà applicato comunque una sola volta).

Tutta la documentazione di spesa deve essere prodotta in originale ed essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge.

La documentazione in fotocopia è ammessa solo nel caso in cui l'originale sia stato consegnato al SSN e ciò risulti da specifica attestazione della competente A.S.L.

Tutti i documenti delle spese sostenute all'estero devono essere accompagnati dalla traduzione completa delle voci elencate e, per ogni singolo importo, deve essere indicato il controvalore in Euro.

Non sono ammessi documenti di spesa che presentino correzioni e/o cancellature.

Richiamato altresì quanto disposto dall'art. 11 delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale, (la denuncia deve essere corredata della necessaria documentazione medica che attesti l'alterazione dello stato di salute), con specifico riferimento alle singole causali di rimborso la documentazione da unire a corredo della richiesta è la seguente:

Tickets del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui le prestazioni siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), verrà effettuato il rimborso integrale del ticket previsto a carico dell'Assistito, senza applicazione di scoperto e/o franchigia. Non sono comunque rimborsabili i tickets riferiti all'acquisto di medicinali. In deroga ai criteri generali, per i tickets SSN collegati ad una pratica che non comprende altre fatture di spesa è consentita la presentazione in forma cumulativa dei documenti di spesa relativi ai predetti tickets anche senza prescrizione medica e diagnosi, purchè riferiti al medesimo Assistito.

I documenti devono essere raccolti in due tranches da presentare rispettivamente entro il:

- 30 settembre per i tickets riferiti al periodo 01/01-31/07
- 28 febbraio dell'anno successivo per i tickets riferiti al restante periodo dal 01/08-31/12.

Visite mediche

Documento di spesa quietanzato dal medico curante o dallo specialista, con l'indicazione del numero delle visite effettuate a domicilio dell'Assistito e di quelle effettuate allo studio medico.

Tale documento dovrà indicare le date in cui le visite sono state effettuate e gli onorari corrisposti.

Spese relative a sedute di Psicoterapia (limitatamente alla cura delle nevrosi)

Le prestazioni sono rimborsate solo se effettuate da medico laureato in medicina chirurgica con specializzazione in psicologia o psicoterapia o psichiatria o neurologia.

Consulti

Documento di spesa quietanzato dal medico consulente.

Si intende la visita effettuata dallo specialista unitamente al medico curante, su esplicita richiesta scritta di quest'ultimo.

Accertamenti diagnostici

(Analisi cliniche, esami elettrocardiografici, esami radiologici)

Prescrizione medica completa di diagnosi.

Documento di spesa quietanzato specificante:

- gli onorari percepiti;
- il tipo e il numero delle prestazioni eseguite.

Ricoveri

Fotocopia della cartella clinica.

Documento di spesa quietanzato dall'istituto di cura specificante il tipo, il numero e il costo delle prestazioni eseguite.

Terapie fisiche e riabilitative

Prescrizione medica completa di diagnosi.

Documento di spesa redatto e quietanzato dal medico e/o dal fisioterapista specificante il numero ed il tipo delle prestazioni, il periodo durante il quale sono state effettuate e gli onorari percepiti.

Dichiarazione dello stesso riportante il numero del diploma e il nominativo dell'ente che lo ha rilasciato; in alternativa l'indicazione degli estremi dell'autorizzazione dell'ambulatorio o del centro.

IMPORTANTE: Le terapie devono essere eseguite da operatori forniti di diplomi abilitanti all'esercizio della professione di fisioterapista e di terapeuta della riabilitazione, a norma di leggi vigenti.

Prestazioni infermieristiche

Prescrizione medica completa di diagnosi.

Documento di spesa redatto e quietanzato dall'infermiere professionale, specificante il tipo ed il numero delle prestazioni effettuate e gli onorari percepiti.

Sul documento di spesa deve essere riportato il numero del diploma dell'infermiere.

Non sono rimborsate prestazioni eseguite da infermiere generico.

Occhiali da vista

È necessario unire alla richiesta la prescrizione del medico oculista o dell'ottico optometrista indicante la variazione del difetto visivo (modifica del visus) e la relativa fattura dettagliata di acquisto.

In deroga a quanto sopra il contributo è ammesso nel caso di intervento per cataratta, distacco di retina o di glaucoma o comunque ogni qual volta intervenga una variazione del difetto visivo, purché certificata dallo specialista oculista curante.

Protesi ortopediche e apparecchi acustici

Certificato medico completo di diagnosi.

Documento di spesa quietanzato rilasciato da officina ortopedica autorizzata alla vendita di articoli sanitari.

Per "calzature correttive di serie" si intendono quei presidi confezionati venduti da laboratori ortopedici, sanitari e farmacie.

Documentazione occorrente:

- certificato medico di prescrizione completo di diagnosi;
- documento di spesa quietanzato.

Per "calzature ortopediche" si intendono quei presidi confezionati su misura da laboratori ortopedici specializzati e legalmente riconosciuti.

Documentazione occorrente:

- certificato medico di prescrizione completo di diagnosi;
- documento di spesa quietanzato rilasciato da officina ortopedica autorizzata alla vendita di articoli sanitari.

Sia per le calzature correttive di serie che per quelle ortopediche viene erogato l'indennizzo per non più di due paia per anno solare, intendendosi per tale il periodo di 12 mesi consecutivi decorrenti dalla data del primo documento di spesa.

Medicinali

- Prescrizione medica con relativa diagnosi;
- scontrino fiscale con codice fiscale dell'assistito o componente del nucleo familiare;
- fustella, intendendosi per tale il talloncino staccabile dalle scatole dei medicinali, completo di prezzo del farmaco, nome merceologico e tipologia dello stesso (compressa, pastiglia, sciroppo ecc.)

Sono rimborsabili unicamente i farmaci classificati come tali dall'informatore farmaceutico. Sono pertanto esclusi i parafarmaci.

Farmaci "Omeopatici"

- Prescrizione medica, con la relativa diagnosi, timbrata dalla farmacia con specifica dell'importo del farmaco;
- scontrino fiscale con codice fiscale dell'assistito o componente del nucleo familiare;
- fustella, intendendosi per tale il talloncino staccabile dalle scatole dei medicinali, completo di prezzo del farmaco, nome merceologico e tipologia dello stesso (compressa, pastiglia, sciroppo ecc.).

Sono rimborsabili unicamente i farmaci classificati come tali dall'informatore farmaceutico.

IMPORTANTE: per i farmaci compositi/galenici è necessario oltre alla prescrizione medica con relativa diagnosi, timbrata dalla farmacia con specifica dell'importo del farmaco, una dichiarazione della stessa, che attesti che l'importo risultante dallo scontrino fiscale è relativo al prodotto prescritto.

Esami a scopo preventivo

Si precisa che per tutte le spese mediche relative a medicina preventiva e di controllo la prescrizione del medico dovrà riportare la dicitura "controllo" e/o "esami a scopo preventivo". Per l'elencazione si rimanda a quanto già disposto nelle descrizioni delle garanzie previste alla lettera D punto 2 Esami a scopo preventivo.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA

SEZIONE 2

I) Consulenza Medica

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assistito necessiti di una consulenza medica, questi può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare a suo favore.

II) Invio di un medico generico al domicilio

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assistito, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare con costi a carico della Società uno dei medici convenzionati.

III) Trasporto in ambulanza in Italia

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assistito necessiti di un trasporto in autoambulanza dopo il ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa invierà direttamente tale autoambulanza. Sono a carico della Società i relativi costi sino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 Km. di percorso complessivo (andata e ritorno).

IV) Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Qualora l'Assistito a seguito di infortunio o malattia improvvisa sia affetto da una patologia che viene ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico e d'intesa col medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà:

- ad individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assistito;
- ad organizzare il trasporto dell'Assistito con il mezzo più idoneo alle sue condizioni;
- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga in paesi europei;

- ad assistere l'interessato durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

Non danno luogo alla prestazione le lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della regione di residenza dell'Assistito, nonché le terapie riabilitative e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali od internazionali.

V) Rientro dal Centro Ospedaliero Attrezzato

Quando l'Assistito, in conseguenza della prestazione di cui al punto IV) che precede, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono più idoneo alle sue condizioni:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a carico della Società, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa stessa.

L'Assistito deve comunicare alla Struttura Organizzativa l'ospedale presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché la Struttura Organizzativa possa stabilire i necessari contatti.

VI) Invio di un Infermiere a Domicilio

Qualora l'Assistito, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia improvvisa, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assistito un infermiere a tariffa controllata, a carico della Società, fino ad un massimo complessivo di € 160,00 per sinistro.

VII) Invio di un Fisioterapista a Domicilio

Qualora l'Assistito, a seguito di traumi o fratture semplici e/o per riabilitazione cardiovascolare di base, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assistito stesso un fisioterapista a carico della Società fino ad un massimo complessivo di € 160,00 per sinistro.

VIII) Ricerca e Prenotazione di Centri Ospedalieri, Specialistici e Diagnostici

Qualora l'Assistito debba sottoporsi, in seguito ad infortunio e/o malattia improvvisa, ad intervento chirurgico, terapia, visita specialistica e/o accertamento diagnostico, potrà ottenere informazioni telefonando alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito eventualmente il medico curante, individua e prenota tenuto conto delle disponibilità esistenti, il centro ospedaliero o diagnostico ritenuto più idoneo in accordo con le esigenze dell'Assistito.

IX) Ricerca del centro clinico più adeguato per la cura o l'intervento richiesti

Qualora l'Assistito necessiti di informazioni o di una valutazione medica circa un ricovero con o senza intervento chirurgico è sufficiente che contatti la Struttura Organizzativa.

In funzione delle specifiche esigenze cliniche dell'Assistito, la Struttura Organizzativa seleziona, utilizzando la propria banca dati, i medici e/o i centri clinici convenzionati che rispondono alle necessità dell'Assistito stesso.

ESCLUSIONI - SEZIONE 2

- Tutte le prestazioni non possono essere fornite per ciascun Assistito più di tre volte per tipo entro ciascun anno di validità del servizio stesso;
 - tutte le eccedenze ai massimali previsti nelle singole prestazioni così come tutti gli anticipi di denaro previsti, verranno concessi compatibilmente con le disposizioni in materia di trasferimento di valuta vigenti in Italia e nel paese dove momentaneamente si trova l'Assistito e a condizione che l'Assistito stesso, anche tramite persona da lui indicata, possa fornire alla Struttura Organizzativa adeguate garanzie per la restituzione di ogni somma anticipata.
L'Assistito deve provvedere al rimborso della somma anticipata entro 30 giorni dalla data dell'anticipo. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, anche l'ammontare degli interessi al tasso bancario corrente;
 - la durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun anno di validità del servizio è di 60 giorni;
 - l'Assistito libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente sezione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso;
 - tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:
 - guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
 - dolo dell'Assistito;
 - 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 ed 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 svolte a titolo professionale;
 - malattie nervose e mentali, malattie dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio, malattie insorte anteriormente alla stipulazione della polizza e già conosciute dall'Associato (malattie preesistenti), malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
 - l'espianto e/o il trapianto di organi.
- Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
- qualora l'Assistito non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione;
 - ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione, in conformità con quanto previsto dall'art. 2952 C.C.;
 - per tutto quanto non è qui espressamente disciplinato si applicano le disposizioni della legge italiana;
 - il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assistito non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'Assistito potrà telefonare alla Struttura Organizzativa in funzione 24 ore su 24 facente capo al numero:

800.08.37.16 (dall'Italia)

02.58.24.54.82 (dall'estero)

Oppure se non può telefonare può inviare un telegramma a:

EUROP ASSISTANCE SERVICE S.p.A.
Pzza Trento, 8 - 20135 MILANO

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

1. il tipo di assistenza di cui necessita;
2. nome e cognome;
3. numero di polizza preceduto dalla sigla **CADE**;
4. indirizzo del luogo in cui si trova;
5. il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

La Società per poter erogare le garanzie previste in polizza, deve effettuare il trattamento dei dati dell'Assistito e a tal fine necessita ai sensi del D. Lgs. 196/03 (Codice Privacy) del Suo consenso. Pertanto l'Assistito contattando o facendo contattare la Struttura organizzativa, fornisce liberamente il proprio consenso al trattamento dei Suoi dati personali comuni e sensibili così come indicato nell'Informativa al Trattamento dei dati sotto riportata.

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

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

IL CONTRAENTE

L'ASSOCIATO/ASSICURATO

AVIVA ITALIA SPA

.....

.....

.....

Ultimo aggiornamento dati 01/12/2010

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Agli effetti dell'art. 1341 – 1342 C.C. il sottoscritto dichiara di approvare specificamente le disposizioni seguenti delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale:

Art. 2 –Persone non assicurabili

Art.13 –Arbitrato/Controversie

Art.15 –Proroga del contratto

IL CONTRAENTE

.....

ALLEGATO 1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Chirurgia del sistema nervoso periferico

- anastomosi vasi extra intracranici con innesto
- anastomosi endocranica dei nervi cranici
- asportazione dei processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti)
- asportazione di tumori dell'orbita
- asportazione di tumori ossei dalla volta cranica
- cordotomia e mielotomia percutanea
- correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale, subdurale ed epidurale
- derivazioni liquorali intra o extracraniche
- emisferectomia
- endoarterectomia della carotide e della vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasverso
- intervento per craniostenosi
- intervento per encefalomeningocele
- intervento per traumi cranio cerebrali
- intervento sull'ipofisi per via transfenoidale
- interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica
- interventi sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore e posteriore
- interventi sul plesso brachiale
- laminectomia esplorativa o decompressione
- plastiche craniche per tessuti extracerebrali
- rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- trapanazione cranica per puntura o drenaggio ventricolare
- trapanazione per evacuazione di ematoma epidurale e subdurale
- trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi e fistole)
- trattamento lesioni intramidollari
- somatotomia vertebrale
- spondilolistesi

Faccia e bocca

- asportazione della parotide per tumori maligni (parotidectomia totale)
- interventi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento ganglionare
- operazioni demolitrici per tumori del massiccio frontale con svuotamento orbitario
- resezione del mascellare superiore
- resezione della mandibola

Collo

- asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- gozzo retrosternale con mediastinotomia
- interventi per diverticolo dell'esofago
- interventi sulle paratiroidi
- linfectomia cervicale bilaterale
- resezione dell'esofago cervicale
- tiroidectomia allargata per neoplasia maligna
- tiroidectomia totale

Addome (parete addominale)

- laparotomia esplorativa se per occlusione con resezione e/o sutura viscerale

Peritoneo

- exeresi di tumori retroperitoneali

Esofago

- esofagoplastica
- interventi per patologie benigne e maligne dell'esofago toracico

Stomaco

- cardioplastica
- gastrectomia totale e allargata
- intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- intervento per megaesofago ed esofagite da reflusso
- resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- resezione gastrica
- sutura di perforazioni gastriche ed intestinali

Intestino

- colectomia parziale e totale
- enteroanastomosi
- resezione del tenue

Fegato e vie biliari

- derivazioni biodigestive
- drenaggio di ascesso epatico
- interventi chirurgici per ipertensione portale
- interventi per echinococchi
- interventi sulla papilla di Vater
- resezione epatica (emiepatectomia)

Retto-ano

- interventi per neoplasie a retto-ano anche per via addominoperineale
- megacolon
- proctocolectomia totale

Pancreas e milza

- interventi per cisti, pseudocisti, fistole pancreatiche
- interventi per neoplasie pancreatiche
- interventi per pancreatite acuta e cronica
- splenectomia

Parete toracica

- interventi per tumori maligni della mammella
- trattamento di traumi parietali

Mediastino

- interventi per ascessi
- interventi per tumori

Polmone

- interventi per echinococchi
- interventi per ferite, ascessi, fistole
- interventi per tumori della trachea
- pneumectomia
- resezioni segmentarie e lobectomia
- trapianto di polmone

Cardiochirurgia**a) interventi a cuore chiuso**

- applicazione di pace-maker
- atriosettostomia per trasposizione dei grandi vasi
- commissuratomia per stenosi mitralica
- correzione di coartazione aortica: resezione aorto-plastica, protesi dracon, patch dracon, bay-pass dracon
- derivazioni aorto-polmonari tipo Blalcek - Waterstone - Potts
- fistole artero - venose del polmone
- pericardiectomia per pericarditi costrittive
- valvulotomia della polmonare secondo Brook

b) interventi a cuore aperto per difetti singoli non complicati

- anuloplastica valvola singola
- by-pass aorto coronarico singolo
- correzione di difetto del setto interventricolare
- correzione del difetto interatriale
- correzione di stenosi aortica sottovalvolare a diaframma
- embolectomia della polmonare
- sostituzione di valvola singola: aortica, mitralica, tricuspide

c) interventi a cuore aperto per difetti complessi e complicati

- aneurismi aorta addominale con obbligo di bay-pass circolatorio
- aneurismi aorta toracica
- asportazione di tumori intracardiaci
- by-pass aorto-coronarici multipli
- contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso
- correzione canale atrioventricolare completo
- correzione impianto anomalo coronarie
- correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
- correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
- correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
- correzione di:
 - ventricolo unico
 - ventricolo destro a doppia uscita
 - truncus arteriosus
 - coartazioni aortiche
 - stenosi aortiche infundibolari e sopravalvolari
 - trilogia di Fallot
 - tetralogia di Fallot
 - atresia della tricuspide
 - pervietà interventricolare ipertesa, con "debanding", con insufficienza aortica
 - finestra aorto-polmonare
 - fistole arterovenose polmonari
 - intervento in ipotermia per coartazione aortica
 - interventi neonatali a cuore aperto con ipotermia profonda e arresto circolatorio
 - resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
 - riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
 - sostituzioni valvolari multiple
 - sostituzioni valvolari con by-pass aortocoronarico

Chirurgia vascolare

- interventi per aneurismi delle arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache
- interventi per innesti di vasi
- interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca
- interventi per stenosi ed ostruzione della carotide extracranica, succlavia e arteria anonima
- operazioni sull'aorta toracica ed addominale

Chirurgia pediatrica

- atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare e abbassamento addomino perineale
- atresia dell'ano semplice con abbassamento addomino perineale
- atresia dell'esofago
- cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- cranio bifido con meningo encefalocele
- fistola dell'esofago
- fistola e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale idrocefalo ipersecretivo
- megauretere con resezione e sostituzione di ansa intestinale
- megacolon con operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- neurolisi del plesso brachiale per paralisi ostetrica
- occlusione intestinale
- polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)
- teratoma sacrococcigeo
- torace ad imbuto e/o carenato
- trattamento chirurgico dell'ipertensione portale

Ortopedia e traumatologia

- artrodesi per via anteriore e/o posteriore con o senza impianti
- artroprotesi di anca
- artroprotesi di ginocchio
- artroprotesi di gomito
- asportazione di tumori ossei
- corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- disarticolazione interscapolo-toracica
- discectomia per via anteriore per ernia cervicale
- discotomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- emiartroplastica
- emipelvectomy
- endoprotesi di Thompson
- interventi per costola cervicale
- laminectomy decompressiva per neoplasie
- osteosintesi diafisi femorale ed epifisi dorsale
- osteosintesi di omero
- osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"
- osteosintesi vertebrale
- protesi cefalica di spalla
- protesi di polso
- protesi totale di displasia d'anca
- protesi totale di spalla
- pulizia focolai osteici
- resezioni artrodiafisarie di ginocchio
- resezioni complete di spalla con salvataggio dell'arto
- resezioni del femore prossimale artrodiafisaria e sostituzione con protesi speciale
- resezioni del radio distale con trapianto articolare perone proradio
- resezione del sacro
- resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- scapulopessi
- trattamento delle dismetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni
- uncoforaminotomia
- vertebrotonia

Tendini, muscoli, aponevrosi

- plastiche riparatrici ricostitutive degli arti per lesioni alle superfici flessorie ed estensorie
- pollicizzazione del 2° o altro dito
- ricostruzioni tendinee polso e mano
- sindesmotomia
- tenoraffie complesse

Rene

- nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- nefrotomia bivalve in ipotermia
- resezione renale con camplaggio vascolare
- surrenalectomia

Uretere

- ureteroileoanastomosi mono e bilaterale

Vescica

- cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
- cistoprostatovescicolectomia con ureteroileou-retroanastomosi
- cistoprostatovescicolectomia con uretrosigmoi-dostomia
- emitrigonectomia
- plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- riparazione di vescica estrofica con neovescica rettale

Apparato genitale maschile

- orchietomia allargata per tumore maligno (comprensivo di linfadenectomia retroperitoneale bilaterale)
- prostatectomia radicale

Apparato genitale femminile

- intervento radicale per carcinoma ovarico
- isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale o vaginale
- creazione operatoria di vagina artificiale
- vulvectomia allargata con linfoadectomia

Cornea

- cheratomilleusi
- epicheratoplastica
- odontocheratoprotesi

Operazioni per glaucoma

- iridocicloretrazione
- trabulectomia

Retina

- resezione sclerale

Cristallino

- asportazione di cataratta ed introduzione di cristallino artificiale
- vitrectomia

Orecchio

- anastomosi e trapianti nervosi
- asportazione di tumori dell'orecchio medio
- asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa
- atresia auris congenita: ricostruzione
- chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale
- neurinoma dell'VIII paio
- ricostruzione della catena ossiculare
- sezione del nervo cocleare
- sezione del nervo vestibolare
- timpanoplastica in un solo tempo (curativa e ricostruttiva)

Naso e seni paranasali

- asportazione di tumori maligni del naso e dei seni
- intervento per fibroma duro rinofaringeo

Cavo orale e faringe

- asportazione di tumori maligni con svuotamento latero cervicale

Laringe

- interventi per la paralisi degli abducenti
- laringectomia ricostruttiva
- laringectomia sopraglottica
- laringectomia totale
- laringofaringectomia

Trapianti di organi

- tutti i trapianti di organi (esclusi trapianti di cute aventi finalità estetica e i trapianti di capelli)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D.L. 30.06.03 N. 196

Ai Sensi Dell'art. 13 Del Decreto Legislativo Del 30.06.2003 N. 196 (di seguito denominata Legge), ed in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/Vi informiamo di quanto segue:

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- a) è diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi della Società stessa.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a), della Legge: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifi ca, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/ distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confi denzialità, integrità, tutela;
- b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e da soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili e/o incaricati del trattamento, nonché da società di servizi, in qualità di responsabili e/o incaricati del trattamento.

3. CONFERIMENTO DEI DATI

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

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario Centrale infortuni, Motorizzazione civile);
- b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso.

4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali:

- a) nei casi in cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b) nel caso in cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

- a) i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia,

mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione);

- b) inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b), a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), nonché ad agenti o mediatori di assicurazione.

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Gli artt. 7 e 10 della Legge conferiscono all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e della finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

9. TITOLARE E RESPONSABILE/I DEL TRATTAMENTO

L'Amministratore Delegato, pro tempore, è titolare del trattamento dei dati personali per l'area industriale assicurativa.

Aviva Italia S.p.A.

V.le Abruzzi 94 20131 Milano

www.avivaitalia.it

Tel. +39 02 2775.1

Fax +39 02 2775.204



Aviva Italia S.p.A. è una società del Gruppo Aviva



Sede legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi 94 20131 Milano Capitale Sociale Euro 45.684.400,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1277308 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 09197520159 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 18652 del 09/10/1990 (Gazzetta Ufficiale n. 247 del 22/10/1990) e con Provv. ISVAP n. 2282 del 25/05/2004 (Gazzetta Ufficiale n. 128 del 03/06/2004) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00091 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00005

Polizza Numero : 5744605

Malattie



Modello CDL

Nota Informativa

NOTA INFORMATIVA

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

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULLA SOCIETÀ' DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni Generali

Aviva Italia S.p.A., Società del Gruppo Aviva, sede legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi 94 20131 Milano – Recapito telefonico 022775.1 - sito internet: www.avivaitalia.it

Indirizzo di posta elettronica:

– per informazioni di carattere generale: assunzione_infortunimalattie@avivaitalia.it

– per informazioni relative ai sinistri: liquidazione_sinistri@avivaitalia.it

Società autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 18652 del 09/10/1990 (Gazzetta Ufficiale n. 247 del 22/10/1990) e con Provv. ISVAP n. 2282 del 25/05/2004 (Gazzetta Ufficiale n. 128 del 03/06/2004) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00091 - Iscrizione all'Albo dei gruppi assicurativi n. 038.00005.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di **Aviva Italia S.p.A.** è pari a Euro 77.814.095,00 di cui il Capitale Sociale ammonta a Euro 45.684.400,00 e le Riserve Patrimoniali a Euro 32.129.695,00.

L'indice di solvibilità della Società di Assicurazione riferito alla gestione danni è pari a 114,54%. L'indice di solvibilità rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

AVVERTENZA: l'assicurazione ha durata annuale con tacito rinnovo.

L'Associato/Assicurato ha la facoltà di recedere annualmente dal contratto senza oneri e con preavviso di trenta giorni mediante lettera raccomandata da inviare alla Società.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia ai seguenti : Art. 15 – Proroga del contratto - delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La Società garantisce nel corso della durata contrattuale le seguenti coperture assicurative:

- a) Rimborso spese di cura e accertamenti diagnostici;
- b) Prestazioni di assistenza.

a) RIMBORSO SPESE DI CURA E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società rimborsa all'Assistito e/o ai componenti del nucleo familiare, fino a concorrenza della somma assicurata per anno assicurativo, le spese sostenute nei casi di ricovero con o senza intervento chirurgico, intervento chirurgico effettuato in ambulatorio e degenza in day hospital, resi necessari da malattia o infortunio; le spese sostenute per parto cesareo e aborto terapeutico o spontaneo comportanti il ricovero; le spese sostenute per parto non cesareo e malattie dipendenti dalla gravidanza comportanti il ricovero.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia alla Sezione 1 - Rimborso Spese di Cura – delle Norme che regolano l'assicurazione Rimborso Spese di Cura; Allegato 1 – Elenco grandi interventi chirurgici.

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza di scoperti, massimali ed esclusioni.

Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia alla Sezione 1 delle Norme che regolano l'assicurazione Rimborso Spese di Cura .

Per scoperto s'intende l'importo che rimane a carico dell'Assistito.

Per massimale s'intende l'importo massimo entro il quale la Società è impegnata ad offrire la prestazione d'indennizzo.

ESEMPIO DI LIQUIDAZIONE DI SINISTRO RIMBORSO SPESE DI CURA

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni per facilitare l'Assistito nella comprensione dei meccanismi di funzionamento dei limiti d'indennizzo.

RICOVERO CON INTERVENTO MASSIMALE € 75.000,00 PIU' MASSIMALE AGGIUNTIVO PER GRANDI INTERVENTI € 37.500,00	SPESE SOSTENUTE	RIMBORSO
CASA DI CURA PRIVATA	<ul style="list-style-type: none">• ACCERTAMENTI PRECEDENTI IL RICOVERO (NEI 90 GG.) € 3.000,00• INTERVENTO E DEGENZA € 20.000,00• CURE POST RICOVERO (NEI 90 GG.) € 5.000,00	€ 28.000,00
CASA DI CURA PRIVATA	<ul style="list-style-type: none">• ACCERTAMENTI PRECEDENTI IL RICOVERO (NEI 90 GG.) € 5.000,00• GRANDE INTERVENTO (RESEZIONE GASTRICA) E DEGENZA € 75.000,00• CURE POST RICOVERO (NEI 90 GG.) € 3.000,00	€ 83.000,00

SPESE DENTARIE MASSIMALE ANNUO € 1.100,00 IN FORMA COMPLETA PIÙ € 300,00 PER OGNI ASSISTITO IN AGGIUNTA AL PRIMO	SPESE SOSTENUTE	SCOPERTI/FRANCHIGIE SCOPERTO 20% MINIMO € 75,00 PER EVENTO	RIMBORSO
CURE ODONTOIATRICHE	€ 500,00	SCOPERTO 20% SU € 500,00 = € 100,00	€ 400,00
CURE ODONTOIATRICHE	€ 300,00	SCOPERTO 20% SU € 300,00 = € 60,00 MINIMO SCOPERTO € 75,00 ES.: € 300,00 – € 75,00 = € 225,00	€ 225,00

PROTESI ORTODONTICHE	€ 500,00	SCOPERTO 20% SU € 500,00 = € 100,00 LIMITE MASSIMO € 210,00	€ 210,00
PROTESI ORTODONTICHE	€ 200,00	SCOPERTO 20% SU € 200,00 = € 40,00 LIMITE MASSIMO € 210,00 ES.: € 200,00 – € 40,00 = € 160,00	€ 160,00

SPESE DENTARIE MASSIMALE ANNUO € 620,00 IN FORMA INTEGRATIVA PIÙ € 300,00 PER OGNI ASSISTITO IN AGGIUNTA AL PRIMO	SPESE SOSTENUTE	SCOPERTI/FRANCHIGIE SCOPERTO 20% MINIMO € 75,00 PER EVENTO	RIMBORSO
CURE ODONTOIATRICHE	€ 700,00	SCOPERTO 20% SU € 700,00 = € 140,00	€ 560,00
CURE ODONTOIATRICHE	€ 300,00	SCOPERTO 20% SU € 300,00 = € 60,00 MINIMO SCOPERTO € 75,00 ES.: € 300,00 – € 75,00 = € 225,00	€ 225,00
PROTESI ORTODONTICHE	€ 500,00	SCOPERTO 20% SU € 500,00 = € 100,00 LIMITE MASSIMO € 210,00	€ 210,00
PROTESI ORTODONTICHE	€ 200,00	SCOPERTO 20% SU € 200,00 = € 40,00 LIMITE MASSIMO € 210,00 ES.: € 200,00 – € 40,00 = € 160,00	€ 160,00

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE € 2.600,00 ANNUE - EVENTUALE MASSIMALE AGGIUNTIVO € 5.000,00 PER PRESTAZIONI ONCOLOGICHE	SPESE SOSTENUTE	SCOPERTI/FRANCHIGIE	RIMBORSO
CURE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	€ 3.000,00	20% MINIMO € 50,00	€ 2.080,00
PRESTAZIONI ONCOLOGICHE	€ 5.000,00	NESSUNO SCOPERTO E/O FRANCHIGIA	€ 5.000,00
ACQUISTO MEDICINALI	€ 1.200,00	LIMITE 20% DELLA SOMMA ASSICURATA ES: € 5.000,00 x 20% = € 1.000,00	€ 1.000,00

b) PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

La Società si obbliga, nel corso della durata contrattuale, a garantire le prestazioni di assistenza. Per gli aspetti di dettaglio inerenti la copertura prevista si rinvia alla Sezione 2 delle Norme che regolano la garanzia Prestazioni di Assistenza.

AVVERTENZA: La garanzia Assistenza prevede limitazioni ed esclusioni che possono dar luogo alla riduzione o alla mancata erogazione delle prestazioni; si rinvia, per gli aspetti di maggior dettaglio, alla Sezione 2 delle Norme che regolano la garanzia Prestazioni di Assistenza.

AVVERTENZA: La Società presta il servizio di assistenza tramite la Struttura Organizzativa esterna "Europ Assistance Service (Italia) S.p.A. – Piazza Trento, 8 – 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzate e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l'Assistito, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima Società.

AVVERTENZA: L'Assicurazione vale per persone di età non superiore ai 70 anni. Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti : Art. 3 – Limite di età; delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

AVVERTENZA: Il contratto prevede delle carenze. Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti : Art. 6 – Inclusioni/Esclusioni – Variazioni di Personale Assistito – Periodi di Carenza; delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

4 Dichiarazioni dell'Assistito in ordine alle circostanze del rischio

AVVERTENZA: Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti o conseguenze sulla prestazione; per aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti : Art. 4 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Art. 2 – Persone non Assicurabili - Cessazione dell'assicurazione; delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

AVVERTENZA: Per la copertura assicurativa di cui alla Sezione 1 Rimborso Spese di Cura non deve essere compilato e sottoscritto il questionario sanitario.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. **Gli aggravamenti 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, ai sensi dell'art. 1898 C.C..** Per gli aspetti di dettaglio si rinvia ai seguenti : Art. 5 – Aggravamento del rischio; delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

6. Premi

La polizza può avere durata annuale. In ogni caso non sono di norma ammesse polizze di durata inferiore all'anno.

Il pagamento del premio avviene con periodicità annuale. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia ai seguenti: Art. 8 – Pagamento dei premi e decorrenza del periodo di copertura; delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

I mezzi di pagamento consentiti dalla Società sono i seguenti:

- Assegno bancario/circolare/postale, munito della clausola di non trasferibilità;
- Bonifico bancario;
- Contanti fino ad un importo annuo pari a € 750,00 per singolo contratto.

E' ammesso il frazionamento del premio in rate semestrali/trimestrali e quadrimestrali senza oneri aggiuntivi per il Contraente.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza oppure alla Società.

7. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Art. 2952 Codice Civile, il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze, mentre gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

8. Legge applicabile al contratto

Ai sensi dell'art.180 del Codice delle Assicurazioni, al contratto si applicherà la legge Italiana.

9. Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi relativi alla garanzia Rimborso Spese di Cura sono soggetti ad imposta pari al 2,5% del premio imponibile; i premi relativi alla garanzia Assistenza sono soggetti ad imposta pari al 10% del premio imponibile.

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Associato.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

10. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA: L'insorgenza del sinistro coincide con il momento in cui si verifica il fatto dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

La denuncia dell'infortunio o della malattia con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro sessanta giorni dall'infortunio o dalla malattia, entro trenta giorni limitatamente ai cicli di cura.

L'Assistito, i suoi familiari o aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria.

Le spese relative ai certificati medici e quelle di cura, salvo sia stato contrariamente convenuto, sono a carico dell'Assistito. Per maggiori dettagli si rinvia alle Norme che regolano i sinistri Rimborso spese di cura.

11. Sinistri – Assistenza

AVVERTENZA: la Società presta il servizio di assistenza tramite la Struttura Organizzativa esterna "Europ Assistance Service (Italia) S.p.A." – Piazza Trento, 8 – 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzate e non) in funzione 24 ore su 24 tutti giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l'Assistito, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza. Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia al capitolo "Istruzioni per richiedere l'Assistenza" delle Norme che regolano la garanzia Prestazioni di Assistenza.

12. Reclami

Gli eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto ad **Aviva Italia S.p.A. - SERVIZIO RECLAMI – con Sede in Milano – Viale Abruzzi 94 – numero di fax 02/2775245 – indirizzo e-mail cureclami@avivaitalia.it.**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 00187 ROMA.

Nel caso, invece, la legislazione scelta dalle Parti sia diversa da quella italiana è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET (il sistema è individuabile accedendo al sito http://ec.europa.eu/internal_market/finservicesretail/finnet/index_en.htm).

I reclami indirizzati all'ISVAP dovranno contenere: i dati del reclamante, l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato ed il motivo della lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società ed eventuale riscontro fornito dalla stessa, nonché ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

13. Arbitrato

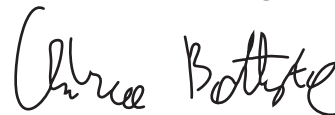
Per le eventuali controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente da infortunio o da malattia, sulla natura della malattia o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici nonché sui criteri di indennizzabilità, le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere ad un collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo, o, in caso contrario, al Consiglio dell'Ordine dei Medici avente Giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assistito.

Si rinvia ai seguenti : Art.13 – Controversie/Arbitrato; delle Norme che regolano l'assicurazione in generale.

AVVERTENZA: Per la risoluzione di eventuali controversie tra le Parti, l'Assistito in alternativa a quanto precede, ha facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

AVIVA ITALIA SPA è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

**Il Rappresentante Legale
ANDREA BATTISTA**



GLOSSARIO

Assistito/Assicurato

La persona fisica beneficiaria delle prestazioni contemplate dalla copertura assicurativa.

Assicurazione

Il contratto mediante il quale la Società, dietro pagamento del premio da parte dell'Associato, si obbliga ad indennizzare o rimborsare l'Assistito entro i limiti convenuti in caso di sinistro.

Assistenza Infermieristica

Assistenza prestata da personale regolarmente abilitato.

Associato

Ente o Società che ha aderito alla Cassa di Assistenza Interaziendale "Carlo De Lellis" e che agisce in nome e per conto dei propri dipendenti assistiti.

Carenza

Il periodo immediatamente successivo alla data di sottoscrizione della polizza durante il quale la Copertura Assicurativa non è operante.

Contraente

Cassa di Assistenza Interaziendale "Carlo De Lellis" – Via Stoppani, 6 – 20129 Milano.

Convalescenza

Il periodo necessario per il recupero dello stato di salute compromesso da un infortunio o da una malattia.

Day Hospital

Struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche che richiedono la compilazione della cartella clinica.

Evento

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

Franchigia

Importo prestabilito per il quale la Società non corrisponde l'indennizzo e che rimane a carico dell'Assistito per ciascun sinistro.

Grandi Interventi chirurgici

Quelli elencati

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico

Intervento con carattere cruento, comportante o meno ricovero, avente anche finalità diagnostiche (biopsie, endoscopie, ecc.).

Istituto di Cura

Qualsiasi struttura regolarmente autorizzata all'erogazione della assistenza sanitaria. Non sono equiparati a "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture che hanno finalità dietologiche, fisioterapiche e rieducative, le case di cura per convalescenze o lungo degenze, le strutture per anziani.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute dell'Assistito non dipendente da infortunio.

Malattia in atto

La malattia accertata o presente con sintomi avvertibili. Le malattie ed i sintomi possono risultare sia da dichiarazioni rese nell'eventuale questionario sia da documentazione medica anche in data posteriore all'ingresso in copertura.

Malattia oncologica

Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale.

Malformazione /difetto fisico

L'alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, clinicamente diagnosticabile.

Massimale

La disponibilità unica ovvero la spesa massima rimborsabile per una o più malattie che danno diritto al rimborso nell'anno assicurativo. Si intende applicato per nucleo familiare e per anno assicurativo stesso.

Nucleo familiare (risultante dallo stato di famiglia)

Il coniuge, ovvero il convivente more uxorio, i figli ed equiparati fiscalmente a carico compresi anche i neonati non ancora risultanti dallo stato di famiglia, altri familiari conviventi fiscalmente a carico, altri familiari non fiscalmente a carico purché vi sia per essi apposita estensione di garanzia e sia stato regolarmente corrisposto il premio.

Prestazioni

Sono le assistenze previste dalla Struttura Organizzativa all'Assistito.

Protesi

Apparecchiatura che sostituisce in tutto o in parte un organo o un arto, o una funzione di esso.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dall'Associato alla Società.

Ricovero

La degenza comportante almeno un pernottamento in Istituto di Cura.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Scoperto

Percentuale della somma indennizzabile che rimane a carico dell'Assistito per ciascun sinistro.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione. Per data del sinistro si intende il primo giorno di ricovero o di degenza in day hospital o il giorno dell'intervento chirurgico senza ricovero o day hospital. Più ricoveri, più day hospital, più interventi chirurgici o più accertamenti diagnostici o più terapie per malattie oncologiche si considerano un solo sinistro, purché verificatisi nell'ambito dell'operatività e della durata dell'assicurazione, in quanto ricollegabili alla stessa malattia o allo stesso infortunio.

Società

Aviva Italia S.p.A. - Compagnia del Gruppo Aviva con sede in Viale Abruzzi 94, 20131 Milano – autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n.2282 del 25/05/2004 (Gazzetta Ufficiale n. 128 del 03/06/2004) – Codice Fiscale, iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e PIVA n. 09197520159.

Spese di cura

Le spese sostenute dall'Assistito rese necessarie da evento indennizzabile.

Struttura Organizzativa

La Struttura di Europ Assistance Service (Italia) S.p.A. – P.zza Trento, 8 – 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l'Assistito, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima Società.

Visita specialistica

Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione per diagnosi e prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

Aviva Italia S.p.A.

V.le Abruzzi 94 20131 Milano

www.avivaitalia.it

Tel. +39 02 2775.1

Fax +39 02 2775.204



Aviva Italia S.p.A. è una società del Gruppo Aviva



Sede legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi 94 20131 Milano Capitale Sociale Euro 45.684.400,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1277308 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 09197520159 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 18652 del 09/10/1990 (Gazzetta Ufficiale n. 247 del 22/10/1990) e con Provv. ISVAP n. 2282 del 25/05/2004 (Gazzetta Ufficiale n. 128 del 03/06/2004) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00091 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00005