



Convenzione Infortuni Rischi Individuali

In collaborazione con



Coverall Underwriting - MGA

Scheda di Convenzione

CONTRAENTE	AREA BROKER & QZ S.p.A. Filiale di Bologna Via G. Amendola, 12 - 40121 Bologna (BO)	
INTERMEDIARIO	AREA BROKER & QZ S.p.A.	
DESCRIZIONE	Convenzione Infortuni per gli Associati FABI. Ciascuna richiesta di copertura avanzata dagli Associati è trattata con l'emissione di un certificato che fa riferimento alla presente Convenzione.	
DURATA DELL'ASSICURAZIONE	dalle ore 24:00 del 10/02/2021	alle ore 24:00 del 10/02/2022

ASSICURATO	Classe di Rischio
Associati FABI	Classe A

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA (EUR)
Sezione 2 Morte da Infortunio	3 Opzioni come da Allegato 1
Sezione 2 Invalidità Permanente da Infortunio	3 Opzioni come da Allegato 1
Sezione 3 Invalidità Permanente da Malattia	3 Opzioni come da Allegato 1
Sezione 4 Perdita di Autosufficienza	3 Opzioni come da Allegato 1
Sezione 5 Grandi Interventi	3 Opzioni come da Allegato 1
BENEFICIARIO	Eredi legittimi e/o testamentari

Premio alla firma	Imponibile	Imposte	Totale
(Copertura annuale)	00,00	0,00	00,00

PERFEZIONAMENTO		
Euro	A saldo del Premio alla firma è stato incassato oggi	<input type="checkbox"/>
<p style="text-align: right;">L'INTERMEDIARIO</p> <p style="text-align: right;">_____</p>		

IL CONTRAENTE

Harmonie mutuelle Italia

Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano | 08186860964
 REA | MI-2008684 - Codice IVASS Impresa | D915R - N° di iscrizione IVASS | L00114
 @mail | info@harmoniemutuelleitalia.it - Website | www.harmonie-mutuelle-italia.it

Pag. 2 a 57

Convenzione assicurativa Infortuni

Contraente

AREA BROKER & QZ S.p.A.
Filiale di Bologna
Via G. Amendola, 12 - 40121 Bologna (BO)

Intermediario:

AREA BROKER & QZ S.p.A.
Via G. Amendola, 12 - 40121 Bologna (BO)

Premessa

Premesso che la Spett.le **AREA BROKER & QZ S.p.A.** in seguito denominata Contraente, ha presentato alla Spett.le successivamente denominata Compagnia, una proposta scritta mediante compilazione di un questionario o in alternativa qualsiasi altra proposta e/o dichiarazione scritta per la valutazione da parte della Compagnia della copertura assicurativa, con questa Convenzione si certifica che, sempre che sia stato corrisposto alla Compagnia il Premio indicato nel Certificato e fermi restando i termini, i limiti, gli articoli e le condizioni in esso contenuti o qui specificati, la Compagnia indennizza l'Assicurato nel modo e nella misura più avanti indicati. Il Contraente e la Compagnia dichiarano di conoscere tutte le parti costituenti la presente Convenzione-(Scheda di Convenzione, Definizioni, Condizioni Generali, Condizioni Particolari, Sinistri e Condizioni Facoltative) ed espressamente approvano tutte le pattuizioni in essa contenute.

IL CONTRAENTE

Ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione della presente Polizza:

Sezione 1 | Condizioni Generali

Articolo 1.1 | Durata della Convenzione e delle coperture in applicazione
Articolo 1.8 | Altre Assicurazioni
Articolo 1.10 | Rinnovo della Convenzione e delle coperture in applicazione
Articolo 1.11 | Recesso in caso di Sinistro
Articolo 1.12 | Scoperto/Franchigia
Articolo 1.14 | Foro competente
Articolo 1.19 | Variazioni del Contraente
Articolo 1.20 | Assicurazione per conto di chi spetta
Articolo 1.22 | Onere della prova

Sezione 2 | Infortuni

Articolo 2.1 | Oggetto dell'Assicurazione
Articolo 2.26 | Persone non assicurabili
Articolo 2.27 | Limiti di età
Articolo 2.31 | Esclusioni

Sezione 3 | Malattia

Articolo 3.1 | Oggetto dell'Assicurazione
Articolo 3.2 | Esclusioni
Articolo 3.3 | Persone non assicurabili
Articolo 3.4 | Limiti di età
Articolo 3.5 | Franchigia

Sezione 4 | Perdita di Autosufficienza

Articolo 4.5 | Limiti d'età-Persone non assicurabili
Articolo 4.6 | Periodo di carenza e limiti assuntivi
Articolo 4.7 | Esclusioni

Sezione 5 | Grandi Interventi

Articolo 5.2 | Oggetto dell'Assicurazione
Articolo 5.4 | Limiti d'età-Persone non assicurabili
Articolo 5.5 | Periodo di carenza

Sezione 6 | In caso di Sinistro

Articolo 6.1 | Obblighi in caso di Sinistro-Infortuni
Articolo 6.3 | Criteri di indennizzabilità- Infortuni
Articolo 6.4 | Controversie sulla valutazione del danno
Articolo 6.5 | Termine di pagamento dell'Indennizzo
Articolo 6.7 | Esagerazione dolosa del danno
Articolo 6.8 | Obblighi in caso di Sinistro-Malattia
Articolo 6.10 | Criteri di indennizzabilità-Malattia
Articolo 6.11 | Termine di pagamento dell'Indennizzo
Articolo 6.13 | Denuncia danno obblighi dell'Assicurato-Perdita di Autosufficienza
Articolo 6.14 | Obblighi dell'Assicurato-Perdita di Autosufficienza
Articolo 6.18 | Denuncia del danno ed obblighi dell'Assicurato-Grandi Interventi

Il Contraente dichiara di aver ricevuto le Condizioni Contrattuali di Convenzione e dichiara inoltre di aver ricevuto, prima della conclusione del contratto, l'**Informativa sulla Privacy**.

IL CONTRAENTE

Documento emesso a Milano il

Harmonie mutuelle Italia

Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano | 08186860964
REA | MI-2008684 - Codice IVASS Impresa | D915R - N° di iscrizione IVASS | L00114
@mail | info@harmoniemutuelleitalia.it - Website | www.harmonie-mutuelle-italia.it

Sommario

SEZIONE 1 Condizioni Generali	9
Articolo 1.1 Durata della Convenzione e delle coperture in applicazione	9
Articolo 1.2 Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio	9
Articolo 1.3 Aggravamento o diminuzione del Rischio	9
Articolo 1.4 Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia	9
Articolo 1.5 Stipulazione del contratto e successive modifiche	9
Articolo 1.6 Interpretazione del testo di Convenzione	9
Articolo 1.7 Forma delle comunicazioni alla Compagnia	10
Articolo 1.9 Buona fede	10
Articolo 1.10 Rinnovo della Convenzione e delle coperture in applicazione	10
Articolo 1.11 Recesso in caso di Sinistro	10
Articolo 1.12 Scoperto/Franchigia	10
Articolo 1.13 Legge applicabile	10
Articolo 1.14 Foro competente	11
Articolo 1.15 Rinvio alle norme di legge	11
Articolo 1.16 Oneri fiscali	11
Articolo 1.17 Sanction clause	11
Articolo 1.18 Clausola Broker	11
Articolo 1.19 Variazioni del Contraente	11
Articolo 1.20 Assicurazione per conto di chi spetta	12
Articolo 1.21 Beneficiari in caso di morte	12
Articolo 1.22 Onere della prova	12
Articolo 1.23 Diritto di surroga	12
Articolo 1.24 Identificazione delle persone assicurate	12
SEZIONE 2 Infortuni	13
Articolo 2.1 Oggetto dell'Assicurazione	13
Articolo 2.2 Morte accidentale	13
Articolo 2.3 Morte presunta	14
Articolo 2.4 Invalidità Permanente da Infortunio	14
Articolo 2.5 Invalidità Permanente grave	14
Articolo 2.6 Franchigia per Invalidità Permanente da Infortunio	14
Articolo 2.7 Danno estetico	15
Articolo 2.8 Ernie da sforzo	15
Articolo 2.9 Lesioni tendinee	15
Articolo 2.10 Distorsione cervicale	15
Articolo 2.11 Coma irreversibile	16
Articolo 2.12 Rischio guerra	16
Articolo 2.13 Terrorismo	16
Articolo 2.14 Eventi naturali	16
Articolo 2.15 Malattie tropicali	17
Articolo 2.16 Esposizione agli elementi	17
Articolo 2.17 Costi di salvataggio e ricerca	17
Articolo 2.18 Attività sportive	17
Articolo 2.19 Partecipazione a gare o prove	17
Articolo 2.20 Sport estremi	17
Articolo 2.21 Rimpatrio della salma	18
Articolo 2.22 Spese funerarie	18
Articolo 2.23 Rischio volo	18
Articolo 2.24 Massimo risarcimento catastrofale	18
Articolo 2.25 Limiti territoriali	18
Articolo 2.26 Persone non assicurabili	18
Articolo 2.27 Limiti d'età	19
Articolo 2.28 Autonomia della-Convenzione	19
Articolo 2.29 Indennizzo in caso di rapina, sequestro o Terrorismo	19

Articolo 2.30 Spese di trasporto	19
Articolo 2.31 Esclusioni	19
SEZIONE 3 Malattia	20
Articolo 3.1 Oggetto dell'Assicurazione	20
Articolo 3.2 Esclusioni	20
Articolo 3.3 Persone non assicurabili	20
Articolo 3.4 Limiti d'età	20
Articolo 3.5 Franchigia	21
Articolo 3.6 Aggravamento del Rischio	21
Sezione 4 Perdita di Autosufficienza	22
Articolo 4.1 Oggetto della garanzia	22
Articolo 4.2 Prestazioni assicurate	22
Articolo 4.3 Definizione dello stato di non autosufficienza	22
Articolo 4.4 Attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL)	22
Articolo 4.5 Limiti d'età – Persone non assicurabili	22
Articolo 4.6 Periodo di carenza e limiti assuntivi	22
Articolo 4.7 Esclusioni	23
Sezione 5 Grandi Interventi	24
Articolo 5.1 Definizioni	24
Articolo 5.2 Oggetto dell'assicurazione	25
Articolo 5.3 Prestazioni assicurate	25
Articolo 5.4 Limiti d'età – Persone non assicurabili	26
Articolo 5.5 Periodo di carenza	26
Articolo 5.6 Quadro Sinottico Grandi Interventi	26
Sezione 6 In caso di Sinistro	38
Articolo 6.1 Obblighi in caso di Sinistro	38
Articolo 6.2 Data del Sinistro	38
Articolo 6.3 Criteri di indennizzabilità	38
Articolo 6.4 Controversie sulla valutazione del danno	39
Articolo 6.5 Termine di pagamento dell'Indennizzo	39
Articolo 6.6 Anticipo Indennizzo	39
Articolo 6.7 Esagerazione dolosa del danno	39
Articolo 6.8 Obblighi in caso di Sinistro	39
Articolo 6.9 Data del Sinistro	40
Articolo 6.10 Criteri di indennizzabilità	40
Articolo 6.11 Termine di pagamento dell'Indennizzo	40
Articolo 6.12 Controversie sulla valutazione del danno	40
Articolo 6.13 Denuncia del danno e obblighi dell'Assicurato	40
Articolo 6.14 Obblighi dell'Assicurato	41
Articolo 6.15 Fase d'istruttoria	41
Articolo 6.16 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza	41
Articolo 6.17 Erogazione delle prestazioni	41
Articolo 6.18 Denuncia del danno e obblighi dell'Assicurato	42
Art. 6.19 Forma Diretta	42
Articolo 6.20 Forma Indiretta	43
Articolo 6.21 Forma Mista	44
Articolo 6.22 Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale	44
Articolo 6.23 Pagamento dell'indennizzo e Richiesta di rimborso tramite upload	44
Articolo 6.24 Gestione della documentazione di spesa	45
Articolo 6.25 Controversie sulla valutazione del danno	45
Art 6.26 Termini di prescrizione	45
INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - (Art.13 e 14 Reg.EU 679/2016)	49
FACSIMILE DI RECLAMO ALL'IMPRESA	56

Glossario

Nel testo si designa con la parola (in ordine alfabetico):

Assicurato	la persona il cui interesse è protetto dall'Assicurazione;
Assicurazione	il contratto di Assicurazione;
Beneficiario	la persona a cui deve essere pagata la Somma Assicurata in caso di morte dell'Assicurato o i soggetti ai quali spettano le prestazioni assicurate;
Broker	il mandatario incaricato dal Contraente/Assicurato per la gestione del contratto che agisce ai sensi della Decreto Legislativo 209/2005 e riconosciuto dalla Compagnia;
Carenza	il periodo che può intercorrere tra il momento della stipulazione di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia offerta dall'Assicurazione diviene efficace;
Certificato di Assicurazione	documento che riporta i dati anagrafici del Contraente/Assicurato e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del Contraente/Assicurato, i dati identificativi del rischio, il premio e la sottoscrizione delle Parti;
Compagnia	l'impresa assicuratrice;
Contraente	il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del premio;
Condizioni di assicurazione	le clausole di base previste da un contratto di Assicurazione. Esse riguardano gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata del contratto e possono essere integrate da condizioni particolari, speciali e facoltative;
Convenzione	il documento che riporta le disposizioni che disciplinano l'Assicurazione nonché tutte le eventuali modifiche che siano allo stesso apportate, mediante appendici o allegati, durante il periodo di validità;
Danno estetico	deturpazione oggettivamente constatabile;
Esclusioni	Rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole del contratto di Assicurazione;
Franchigia/Scoperto	parte del danno indennizzabile, espressa rispettivamente in percentuale, giorni o cifra fissa (Franchigia), o in percentuale o cifra fissa sull'ammontare del danno (Scoperto) che rimane a carico dell'Assicurato;
Frattura ossea	rottura di un osso in genere conseguente a una causa lesiva che abbia agito più o meno intensamente sul punto della frattura (diretta) o a distanza (indiretta). Sono parificate alle fratture ossee le fratture ossee incomplete (incrinature o infrazioni) e le rotture dei legamenti crociati del ginocchio;
Inabilità temporanea	la perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato di svolgere le sue abituali occupazioni;
Indennizzo	la somma dovuta dalla Compagnia in caso di Sinistro, tenuto conto delle limitazioni delle Somme Assicurate, dei massimali, dell'applicazione della Franchigia;
Infortunio	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'Inabilità Permanente o un'Inabilità Temporanea;
Ingessatura	mezzo di contenzione, inamovibile da parte del paziente, tendente alla immobilizzazione della parte;
Invalidità permanente	l'Invalidità che comporti, in modo permanente e irrimediabile, la perdita totale o parziale della capacità generica di attendere a qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dall'occupazione o professione dell'infortunato;
Invalidità permanente Parziale	diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta;
Invalidità permanente Totale	perdita definitiva e irrimediabile della capacità a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta;
Malattia	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio;
Malformazione/Difetto fisico	alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia stata diagnosticata prima della stipula della Polizza;
Premio	la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia

Reclamante	un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del Reclamo da parte dell'impresa di assicurazione, ad esempio il Contraente, l'Assicurato, il Beneficiario e il danneggiato;
Reclamo	una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di una impresa di Assicurazione relativa a un contratto o a un servizio assicurativo. Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto;
Residenza	luogo in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano in cui l'Assicurato ha stabilito la propria dimora abituale;
Ricovero	la degenza, documentata da cartella clinica, comportante pernottamento in Istituto di cura;
Rischio	la probabilità che si verifichi il Sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne;
Rischio guerra	<ul style="list-style-type: none"> gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante eventi direttamente connessi a: <ul style="list-style-type: none"> guerra, ostilità, operazioni belliche (con conflitti dichiarati o no); invasioni, atti perpetrati da nemici di nazionalità diversa da quella della persona assicurata o del paese nel quale gli atti si verificano; guerra civile, sommosse, ribellioni, insurrezioni, rivoluzioni, colpi di stato militari o usurpazioni di potere, rovesciamento di governi legalmente costituiti; tumulti civili che assumano le proporzioni o siano equivalenti ad una rivolta e sommosa; esplosioni di armi da guerra; l'utilizzazione di armi nucleari, chimiche o biologiche a distruzione di massa, in qualsiasi forma esse siano utilizzate o combinate tra loro; <ul style="list-style-type: none"> o per utilizzazione delle armi nucleari a distruzione di massa si intende l'uso di ogni tipo di esplosivo nucleare o mezzo di emissione, scarico, dispersione, rilascio o fuga di materiale fissile con livello di radioattività con capacità di rendere inabile o portare alla morte persone e animali; o per utilizzazione di armi chimiche a distruzione di massa si intende l'emissione, scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni materiale composto chimico solido, liquido o gassoso, che quando usato causa incapacità, invalidità o morte di persone e animali; o per utilizzazione di armi biologiche a distruzione di massa si intende l'emissione o scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni agente patogeno (produttore di malattie), micro-organismi e/o tossine biologiche (inclusi modifiche genetiche e tossine chimiche) capaci di causare incapacità, invalidità o morte di persone e animali. omicidi o assalti per i quali sia stata dimostrata incontrovertibilmente la responsabilità di agenti appartenenti ad uno stato straniero rispetto alla nazionalità dell'Assicurato, sia nei casi di guerra dichiarata con quello stato sia nei casi in cui non vi siano state dichiarazioni di guerra;
Rischio professionale	gli Infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle proprie occupazioni professionali;
Rischio extra-professionale	gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale;
Sinistro	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
Somma Assicurata	somma indicata nel Certificato, da utilizzare quale parametro per il calcolo dell'Indennizzo, previsto dalla relativa garanzia;
Sport estremo	sport di estrema difficoltà, ai limiti delle leggi fisiche e della sopportazione del corpo umano;
Sport professionistici	sport svolti in maniera continuativa, con qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributi di qualunque natura;
Terrorismo	gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante eventi direttamente connessi ad attività terroristica. Per attività Terroristica s'intende l'atto o gli atti perpetrati da un soggetto o da gruppo/i di soggetti, compiuti per ragioni politiche, religiose, ideologiche o analoghe, con l'intenzione di influenzare il governo e/o di seminare il terrore tra l'opinione pubblica o parti della stessa. L'attività terroristica può comprendere, senza essere a questo limitata, il ricorso alla forza o alla violenza e/o la minaccia di ricorrervi. Inoltre, possono essere ritenuti responsabili di attività terroristiche soggetti che agiscano individualmente, ovvero per conto di, o in collaborazione con organizzazione/i o governo/i;

Ubriachezza

| si conviene che l'ubriachezza sussiste quando l'alcoemia accertata risulti pari o superiore a 0,8 grammi per litro.

Avvertenza: si richiama l'attenzione del Contraente e dell'Assicurato sulle clausole evidenziate in **grassetto** che prevedono decadenze, nullità, esclusioni, sospensioni e limitazioni delle garanzie, ovvero oneri ed obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato.

SEZIONE 1 | Condizioni Generali

Articolo 1.1 | Durata della Convenzione e delle coperture in applicazione

La presente Convenzione ha la durata indicata nella Scheda di Convenzione, a partire dalla data di decorrenza indicata anch'essa nella Scheda di Convenzione. Per le persone assicurate la garanzia ha la durata indicata negli specifici Certificati emessi in applicazione alla presente Convenzione, a partire dall'effetto della copertura assicurativa, anch'esso indicato nei Certificati. La Compagnia non è obbligata per i danni che si verifichino in epoca non compresa nei periodi coperti dall'Assicurazione e che non siano stati resi noti alla Compagnia.

Articolo 1.2 | Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

Le dichiarazioni del Contraente alla Compagnia sulle caratteristiche del rischio stesso debbono essere fornite mediante compilazione di un questionario o in alternativa qualsiasi altra proposta/dichiarazione scritta. **Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.**

Articolo 1.3 | Aggravamento o diminuzione del Rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del Rischio. Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione della garanzia assicurativa ai sensi dell'articolo 1898 del Codice Civile.

Nel caso di diminuzione del rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi dell'articolo 1897 del Codice Civile, e rinuncia al relativo diritto di recesso. Tuttavia, nel caso in cui la Polizza sia soggetta all'applicazione di un Premio minimo, l'importo versato dal Contraente per l'annualità in corso si intende comunque acquisito dalla Compagnia e le eventuali rate di Premio successive alla comunicazione restano invariate.

Articolo 1.4 | Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Certificato, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati regolarmente pagati, altrimenti essa ha effetto dalle ore 24:00 del giorno in cui il Premio o la prima rata di Premio è stato pagato. La Compagnia accetta il prolungamento a 30 giorni del periodo di rispetto per il pagamento del Premio, indipendentemente ed al di là delle previsioni del Codice Civile, articolo 1901 comma 2. **Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei Premi scaduti, ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile.** Il Premio è sempre determinato per periodi di Assicurazione di 1 anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, **ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.** Il Premio deve essere pagato alla Compagnia o all'Intermediario al quale è assegnata la gestione della Polizza, purché autorizzato dalla Compagnia stessa alla esazione dei Premi.

Sulla base del disposto dell'articolo 1901 comma 3 del Codice Civile, si precisa che il contratto è risolto di diritto se la Compagnia, nel termine di 6 mesi dal giorno in cui il Premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione. La Compagnia ha diritto solo al pagamento del Premio relativo al periodo di Assicurazione in corso e al rimborso delle spese.

Articolo 1.5 | Stipulazione del contratto e successive modifiche

Il contratto di Assicurazione, per essere valido, deve essere stipulato per iscritto mediante Certificato, che ne determina l'effetto e la scadenza, sottoscritto dalla Compagnia a mezzo delle persone all'uopo autorizzate e dal Contraente. **Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto** con l'emissione da parte della Compagnia di un documento denominato atto di variazione e/o appendice la cui validità si intende parimenti subordinata alla sottoscrizione da parte della Compagnia, mediante le persone all'uopo autorizzate, e dal Contraente.

Articolo 1.6 | Interpretazione del testo di Convenzione

La presente Convenzione e le relative Appendici e Atti di Variazione, formanti parte integrante della Convenzione stessa, debbono essere considerate come un unico contratto e le parole ed espressioni alle quali un particolare significato è stato attribuito in una qualsiasi parte della presente Convenzione, relative Appendici e Atti di Variazione, conservano il medesimo particolare significato ovunque esse possano apparire.

Articolo 1.7 | Forma delle comunicazioni alla Compagnia

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e l'Assicurato sono tenuti, debbono farsi, per essere valide, con lettera raccomandata, telegramma, telefax o e-mail alla Direzione della Compagnia ovvero all'Agenzia alla quale la Polizza è assegnata.

Se dette comunicazioni hanno per scopo di introdurre nella Convenzione varianti o modifiche qualsiasi, queste debbono risultare da una dichiarazione firmata dalla Compagnia e dal Contraente.

Articolo 1.8 | Altre Assicurazioni

Il Contraente è tenuto a comunicare per iscritto alla Compagnia l'eventuale esistenza o la successiva stipula, presso altri Assicuratori, di Assicurazioni riguardanti lo stesso Rischio e le medesime garanzie assicurate con la presente Convenzione indicandone le Somme Assicurate. In ogni caso, la Compagnia può recedere dal contratto entro 60 giorni dalla comunicazione, con preavviso di 30 giorni, rimborsando, entro i 15 giorni successivi alla data di efficacia di recesso, la parte di Premio relativa al periodo di Rischio non corso, al netto degli oneri fiscali.

In caso di Sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, **entro 5 giorni** da quello in cui il Sinistro si è verificato o il Contraente/Assicurato ne ha avuto conoscenza, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'articolo 1910 del Codice Civile.

Se il Contraente omette dolosamente di dare l'avviso di cui sopra, la Compagnia non è tenuta a corrispondere l'Indennizzo.

Articolo 1.9 | Buona fede

Si conviene che l'omissione della dichiarazione da parte del Contraente o dell'Assicurato di una circostanza aggravante il Rischio, così come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della presente Convenzione, non pregiudica il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni od inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede e con l'intesa che il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di corrispondere alla Compagnia il maggior Premio proporzionale al maggior Rischio che ne deriva, con decorrenza dalla data in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Articolo 1.10 | Rinnovo della Convenzione e delle coperture in applicazione

In mancanza di disdetta, inviata da una delle parti mediante lettera raccomandata spedita almeno 90 giorni prima della scadenza, la Convenzione si intende prorogata di ulteriori 12 mesi e così di seguito.

Per quanto concerne le coperture assicurative in applicazione alla convenzione, in mancanza di disdetta, inviata da una delle parti mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore ad 1 anno è rinnovata per 1 anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge, o il contratto, si riferisce al Periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'Assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso il periodo coincide con la durata del contratto.

Si precisa infine che l'eventuale cessazione della presente Convenzione comporta la cessazione, alle rispettive scadenze, di tutte le coperture emesse in applicazione alla Convenzione stessa. Resta dunque inteso che le coperture assicurative previste nelle singole applicazioni siano pienamente operanti fino alla scadenza prevista dai rispettivi Certificati, anche se successiva alla cessazione della Convenzione.

Articolo 1.11 | Recesso in caso di Sinistro

In riferimento alla garanzia Infortuni dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'Indennizzo, la Compagnia e il Contraente possono recedere dall'Assicurazione, ai sensi del D.Lgs. 206/2005, con preavviso di 60 giorni e a mezzo di lettera raccomandata. In tal caso la Compagnia, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di Premio imponibile relativa al periodo di Rischio non corso, al netto degli oneri fiscali. Nei limiti e con le modalità di cui sopra, l'annullamento della copertura assicurativa può essere esercitato anche nei confronti di un singolo Assicurato.

Articolo 1.12 | Scoperto/Franchigia

In caso di Sinistro, la Compagnia corrisponde la somma liquidata a termini di Convenzione, sotto deduzione dello Scoperto/Franchigia e con il minimo indicato nella Scheda di Convenzione, **restando tale Scoperto/Franchigia e minimo a carico dell'Assicurato stesso, senza che egli possa, sotto pena di decadenza dal diritto all'Indennizzo, farli assicurare da altri.**

Articolo 1.13 | Legge applicabile

Ai sensi dell'articolo 180 del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209 ovvero il Codice delle Assicurazioni Private, la legge applicabile è quella italiana. Le parti possono convenire di assoggettare la Convenzione ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle Assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

Articolo 1.14 | Foro competente

Foro competente, a scelta della Parte attrice, è esclusivamente quello dell'Autorità giudiziaria dove ha sede la Direzione della Compagnia o l'Agenzia cui è assegnata la Polizza o presso la quale è stato concluso il contratto.

Qualora l'Assicurato sia un consumatore ex articolo 3, comma 1, lettera a) D.Lgs. 206/2005, è competente il foro di residenza o domicilio eletto dell'Assicurato.

Articolo 1.15 | Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non diversamente regolato dal presente contratto, valgono le norme di legge di volta in volta applicabili.

Articolo 1.16 | Oneri fiscali

Le imposte, le tasse, i contributi e tutti gli altri oneri stabiliti per Legge o ai sensi di Polizza, presenti e futuri, relativi al Premio, agli accessori e agli atti da essi dipendenti sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Compagnia.

Articolo 1.17 | Sanction clause

La Compagnia non è tenuta a fornire la copertura nonché a prestare beneficio conseguente o a pagare nessuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di questa copertura, la prestazione di tali benefici oppure il pagamento di tale pretesa possa esporre la Compagnia stessa a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche e commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

Articolo 1.18 | Clausola Broker

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker indicato in Scheda di Polizza e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente Assicurazione sono svolti per conto del Contraente dal Broker che, fintanto che rappresenta il Contraente, tratta con la Compagnia.

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente alla Compagnia, le comunicazioni fatte alla Compagnia dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intendono come fatte dal Contraente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente alla Compagnia, prevalgono queste ultime.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza della Compagnia da parte del Broker, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente al Broker possono intendersi come fatte alla Compagnia. In ogni caso, le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio devono essere fatte alla Compagnia e hanno efficacia dal momento della ricezione da parte della Compagnia stessa.

Il Broker ed i suoi collaboratori regolarmente iscritti alla sezione E del Registro Unico Intermediari assicurativi e riassicurativi sono tenuti a dare comunicazione di tutto quanto sopra, nonché delle attività e delle relative condizioni e modalità, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire ai contraenti ai sensi della normativa vigente. Qualora il Contraente revochi l'incarico al Broker senza affidarne un altro ad altro Broker oppure qualora il Contraente rilasci ad altro Broker un incarico scritto non esplorativo in data successiva, attribuendo le Parti esclusivo rilievo alla volontà espressa dal Contraente, l'incarico al Broker cessato o sostituito si considera automaticamente privo di effetto nei confronti della Compagnia a far data dalla revoca o dalla data del nuovo incarico.

La Compagnia stessa è in ogni caso del tutto estranea a qualsivoglia eventuale controversia tra il Contraente ed il/i Broker o tra questi ultimi, anche in relazione alla data di effetto della cessazione di incarico o di quella di decorrenza del nuovo incarico.

Articolo 1.19 | Variazioni del Contraente

Salvo quanto previsto nelle clausole precedenti, nel caso di successione nella persona del Contraente o, qualora si tratti di Società, di fusione, semplice o per incorporazione della stessa o di sua messa in liquidazione, i Successori o il Contraente devono comunicare, entro il termine di 15 giorni dal suo verificarsi, l'evento alla Compagnia, alla quale è riconosciuta la facoltà di recedere dal contratto nei 30 giorni successivi, con efficacia decorrente dal quindicesimo giorno successivo al ricevimento della comunicazione di recesso. In caso di alienazione dell'azienda, il Contraente, fermo restando l'obbligo del pagamento del Premio per il periodo di Assicurazione in corso, deve darne comunicazione alla Compagnia e comunicare altresì all'Acquirente l'esistenza del contratto di Assicurazione. L'Assicurazione, se il Premio è pagato, continua a favore dell'acquirente per 15 giorni da quello dell'alienazione. Trascorso questo termine, l'Assicurazione cessa se l'acquirente non ha dichiarato di voler subentrare nel contratto. La Compagnia, nei 30 giorni dalla dichiarazione dell'acquirente, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 15 giorni, restituendo l'importo del Premio non goduto al netto delle imposte.

Articolo 1.20 | Assicurazione per conto di chi spetta

Se la presente Assicurazione è stipulata per conto di chi spetta, gli obblighi che derivano dal contratto devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo Assicurato, ai sensi dell'articolo 1894 del Codice Civile.

Articolo 1.21 | Beneficiari in caso di morte

La somma assicurata in caso di morte è liquidata dalla Compagnia agli eredi legittimi o ai Beneficiari designati nei Certificati.

Articolo 1.22 | Onere della prova

In tutti i casi in cui la Compagnia rileva l'irrisarcibilità di un danno in dipendenza di qualche delimitazione contrattuale dei rischi assicurati, l'onere della prova che tale danno rientri nelle garanzie è a carico dell'Assicurato che intenda far valere un diritto all'Indennizzo.

Articolo 1.23 | Diritto di surroga

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'articolo 1916 Codice Civile verso i Terzi responsabili dell'Infortunio.

Articolo 1.24 | Identificazione delle persone assicurate

L'adesione alla presente Convenzione da parte dell'Associato (persona fisica o giuridica) è assolutamente libera e viene perfezionata mediante richiesta su specifico Modulo di Adesione ex art. 9 comma 3 del Regolamento Ivass 41/2018 rilasciato all'Assicurato/Aderente e realizzata tramite singolo Certificato di Assicurazione, emesso per ogni Associato con le modalità di seguito indicate:

- Accettazione Convenzione
il Contraente/Broker a cui è affidata la gestione del contratto verifica: l'assumibilità delle coperture; l'accettazione da parte dell'Associato delle condizioni di cui alla Convenzione e del relativo preventivo; e, infine, provvede a trasmettere alla Compagnia di Assicurazione la richiesta di messa in copertura con l'invio del modulo di adesione contenente le anagrafiche degli assicurandi;
- Assunzione del Rischio
ricevuta la richiesta di copertura, la Compagnia mette in copertura gli assicurandi per tramite di singoli certificati di Assicurazione.
- il Certificato di Assicurazione
viene emesso in base alle indicazioni fornite dal Contraente. Nel caso di disdetta della Convenzione, deve intendersi automaticamente disdettato. Sul Certificato di Assicurazione, che fa parte integrante della Polizza, vengono indicati i seguenti dati:
 - a) contraente;
 - b) decorrenza e scadenza della copertura;
 - c) numero della Convenzione;
 - d) numero del Certificato;
 - e) nominativi degli Assicurati;
 - f) nominativi dei Beneficiari;
 - g) premio da incassare.

SEZIONE 2 | Infortuni

Articolo 2.1 | Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie, nonché delle eventuali diverse attività non dichiarate che, se fossero state conosciute dall'Assicuratore, non avrebbero determinato alcun aumento del Premio;
- di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità.

Si precisa e conviene che, limitatamente ai Rischi professionali, l'Assicurazione si estende agli Infortuni in itinere, che avvengono cioè durante il tempo necessario a compiere il tragitto dall'abitazione dell'Assicurato al suo luogo di lavoro e viceversa come delimitato dal D.L. 38/2000 del 23.02.2000.

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze, il contatto accidentale con corrosivi;
- c) l'uso, quale passeggero, di qualsiasi mezzo di locomozione e di trasporto terrestre, lacuale, fluviale, marittimo sia pubblico che privato;
- d) colpo di sonno;
- e) tentata rapina;
- f) l'annegamento;
- g) l'assideramento o il congelamento, la folgorazione;
- h) i colpi di sole o di calore;
- i) le lesioni determinate da sforzo, esclusi gli infarti e le ernie; sono invece comprese le ernie di origine traumatica con i limiti previsti nell'articolo 2.8;
- j) gli Infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza, nonché gli Infortuni determinati da vertigini, **purché non cagionati da abuso di psicofarmaci, sostanze stupefacenti, allucinogeni, e che non siano conseguenza di malattie croniche accertate ad eccezione del diabete;**
- k) gli Infortuni derivanti da colpa grave, negligenza, imperizia o imprudenza;
- l) gli Infortuni causati da fulmine, grandine e tempeste di vento;
- m) gli Infortuni derivanti da tumulti popolari, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;**
- n) gli Infortuni derivanti da aggressioni, rapine e sequestri di persona; **purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e con l'esclusione degli Infortuni derivanti da qualsiasi delitto doloso compiuto o tentato dall'Assicurato;**
- o) gli Infortuni derivanti da attività inerenti a lavori manuali bricolage espletate anche con uso di utensili azionati da motore;
- p) ustioni prodotte da fiamma o da corpi incandescenti e/o surriscaldati;
- q) le conseguenze di irradiazioni rese necessarie da Infortunio in garanzia **ad esclusione di possibili trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
- r) gli Infortuni subiti in occasione di legittima difesa o di atti di solidarietà;
- s) le morsicature, le punture **(ad esclusione della malaria)** e le ustioni da animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad Infortuni risarcibili a termini di Convenzione;
- t) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, **purché l'Assicurato abbia la prescritta abilitazione, in conformità alle disposizioni di legge in vigore e purché non sia in stato di ubriachezza accertata, sono escluse in ogni caso le gare, le competizioni e le relative prove;**
- u) i movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e straripamenti ed eventi naturali in genere **con i limiti previsti nell'articolo 2.13;**
- v) gli Infortuni derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche resi necessari da Infortunio indennizzabile ai sensi della Convenzione.
- w) le scariche elettriche e da improvviso contatto con corrosivi e/o sostanze caustiche.

Articolo 2.2 | Morte accidentale

La Compagnia corrisponde, in caso di decesso dell'Assicurato per Infortunio, la Somma Assicurata ai Beneficiari come indicato nel Certificato. Se l'Infortunio, risarcibile ai termini di Convenzione, ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro 2 anni dal giorno in cui l'Infortunio è avvenuto, anche successivamente alla scadenza della copertura, la Compagnia liquida la Somma Assicurata per il caso morte.

Qualora dopo il pagamento di un'indennità per Invalidità permanente, entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza delle lesioni subite, si verifichi il decesso dell'Assicurato, la Compagnia corrisponde ai Beneficiari espressamente indicati nel Certificato la differenza tra l'indennità pagata e la somma assicurata per il caso Morte, qualora questa sia superiore. La Compagnia non esige il rimborso nel caso contrario.

Incremento speciale per i minori o invalidi

Qualora fra i Beneficiari vi siano uno o più figli conviventi minori o riconosciuti invalidi civili, la quota d'Indennizzo spettante a ciascuno di loro viene aumentata:

- del 50% in caso di morte per Infortunio di un genitore Assicurato;
 - del 100% in caso di commorienza per Infortunio nel medesimo Sinistro di entrambi i genitori, dei quali almeno uno Assicurato.
- L'Indennizzo massimo dell'incremento speciale per evento non può essere superiore a Euro 1.600.000,00.

Articolo 2.3 | Morte presunta

Nel caso in cui l'Assicurato sia scomparso e il corpo non venga ritrovato, la Compagnia liquida agli aventi diritto la Somma Assicurata per il caso di morte, dopo 6 mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta ai sensi degli articoli 60 e 62 Codice Civile e dell'articolo 211 del Codice della Navigazione e debitamente registrata negli atti dello stato civile.

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che l'Assicurato sia vivo, o ne sia provata l'esistenza, o che comunque la morte non è dipesa da Infortunio indennizzabile, la Compagnia ha diritto al rimborso dell'intera Somma Assicurata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato può far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

Articolo 2.4 | Invalidità Permanente da Infortunio

Se l'Infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica, anche successivamente alla scadenza della copertura, entro 2 anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, la Compagnia liquida una indennità calcolata sulla Somma Assicurata per Invalidità Permanente totale indicata nel Certificato, sulla base delle percentuali previste dalla tabella allegata 1 al D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 e successive modificazioni, **con l'intesa che l'Indennizzo sia effettuato in capitale e non in forma di rendita.**

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali applicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%. L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di una falange del pollice e dell'alluce è stabilita nella metà, per quella di una falange di qualunque altro dito delle mani o dei piedi è stabilita in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella sopraccitata tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della complessiva diminuzione della capacità generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità preesistente. In caso di accertato mancinismo, le percentuali stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto superiore sinistro e viceversa.

Il diritto all'indennità per Invalidità permanente è di carattere personale e non è trasmissibile. Tuttavia, se l'Assicurato decede per cause indipendenti dall'Infortunio prima che l'Indennizzo sia stato pagato, la Compagnia è tenuta a corrispondere agli eredi o agli aventi causa:

- l'importo oggetto di sua eventuale offerta o di accordo con l'Assicurato,
- in assenza di un'offerta della Compagnia o di un accordo con l'Assicurato, l'importo oggettivamente determinabile sulla base di quanto previsto all'articolo 6.1 | Obblighi in caso di Sinistro e articolo 6.3 | Criteri di indennizzabilità.

La Compagnia si impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto, l'esito della valutazione del Sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione elencata all'articolo 6.1 | Obblighi in caso di Sinistro.

Articolo 2.5 | Invalidità Permanente grave

La Compagnia, accertato per un unico evento che il grado di Invalidità Permanente sia uguale o superiore al 50%, corrisponde un Indennizzo pari al 100% del capitale assicurato per il caso di Invalidità Permanente Totale.

Articolo 2.6 | Franchigia per Invalidità Permanente da Infortunio

Le prestazioni per Invalidità Permanente da Infortunio sono soggette all'applicazione delle Franchigie operanti come segue:

Nel caso in cui l'Invalidità Permanente sia di grado pari od inferiore al 3% della totale, non si fa luogo ad alcun indennizzo; se invece esso risulta superiore al 3% ed uguale o inferiore al 10% della totale, l'indennità è corrisposta in base alla percentuale eccedente il

3%; nel caso in cui l'Invalidità Permanente sia di grado superiore al 10% della totale, l'indennità è corrisposta in base alle percentuali che seguono

% di Invalidità Permanente accertata	Indennizzo % del capitale assicurato	% di Invalidità Permanente accertata	Indennizzo % del capitale assicurato	% di Invalidità Permanente accertata	Indennizzo % del capitale assicurato
11	9	24	24	37	50
12	10	25	26	38	55
13	11	26	28	39	60
14	12	27	30	40	65
15	13	28	32	41	70
16	14	29	34	42	75
17	15	30	36	43	80
18	17	31	38	44	85
19	19	32	40	45	90
20	20	33	42	46	92
21	21	34	44	47	94
22	22	35	46	48	96
23	23	36	48	49 e oltre	100

Articolo 2.7 | Danno estetico

Qualora l'Infortunio abbia cagionato un danno di carattere estetico non escluso dalle condizioni di Convenzione e che non comporti una indennità di Invalidità Permanente, **la Compagnia riconosce il rimborso delle spese di natura medica sostenute dall'Assicurato per la riduzione del danno fino a concorrenza di Euro 10.000,00.**

Le spese sostenute dall'Assicurato devono essere documentate con ricevute originali, la presente garanzia è prestata con una Franchigia fissa a carico dell'Assicurato di Euro 50,00.

Articolo 2.8 | Ernie da sforzo

L'Assicurazione è estesa alle ernie traumatiche e da sforzo con l'intesa che:

- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, viene corrisposta solamente una indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;
- qualora sia un'ernia del disco intervertebrale, viene corrisposto un'indennità non superiore al 10% della Somma Assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale.

In caso di contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'articolo 6.4 | Controversie sulla valutazione del danno. Si precisa che le percentuali indicate sono al lordo delle Franchigie eventualmente previste in Polizza.

Articolo 2.9 | Lesioni tendinee

La Compagnia liquida un Indennizzo corrispondente ad una percentuale fissa del 5% applicata alla Somma Assicurata per Invalidità da Infortunio senza applicazione di Franchigia eventualmente prevista, in presenza di uno dei seguenti eventi:

- rottura sottocutanea del tendine di Achille;
- rottura sottocutanea del bicipite brachiale;
- rottura sottocutanea del quadricipite femorale.

Articolo 2.10 | Distorsione cervicale

Sono compresi anche gli Infortuni che possono causare una distorsione cervicale (colpo di frusta) purché siano presentate la certificazione medica rilasciata dal pronto soccorso entro 48 ore dall'incidente e un esame otovestibolare con risultato positivo, nonché dalla documentazione sia accertata la rettilineizzazione del rachide cervicale (evidenziabile da RX standard).

In tal caso, è liquidata la somma corrispondente ad una percentuale di Invalidità Permanente massima del 2% con un limite di Euro 10.000,00 per Sinistro senza l'applicazione della Franchigia eventualmente prevista. Qualora venga diagnosticata una instabilità cervicale per mezzo di RX dinamica, è liquidata la percentuale obiettivamente riscontrata senza la limitazione di cui sopra.

Articolo 2.11 | Coma irreversibile

La Compagnia riconosce in favore del Beneficiario e nel momento in cui egli ne effettui la scelta, il pagamento di un Indennizzo, alternativo e sostitutivo di quelli previsti, secondo il massimale e le modalità qui di seguito definite:

l'ammontare dell'indennizzo per Coma Irreversibile è pari all'indennità assicurata per il caso di morte, stabilito nel Certificato; la Compagnia versa al Beneficiario (che è rappresentato come meglio definito in seguito) l'Indennizzo per Coma Irreversibile al verificarsi delle condizioni qui definite.

Può essere esercitata la richiesta di pagamento di Indennizzo per Coma Irreversibile:

- se il Beneficiario sia rimasto in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di **180 giorni**;
- se sia stata data comunicazione alla Compagnia, per iscritto e secondo le stesse modalità per la denuncia di Sinistro, sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 giorni continuativi e ininterrotti;

In entrambi i casi tale comunicazione deve essere inoltrata alla Compagnia, a pena di decadenza, entro 10 giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 giorni di coma e se sia stata fornita alla Compagnia la documentazione richiesta da questa, ai sensi dell'Articolo 6.1 | Obblighi in caso di Sinistro, su tale stato.

La domanda di pagamento dell'Indennizzo Coma Irreversibile deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominati, corredata dal provvedimento della Autorità Giudiziaria competente, in copia autentica, sia della nomina del curatore o tutore, sia del provvedimento che autorizzi il pagamento dell'Indennizzo Coma Irreversibile con le modalità e gli effetti qui previsti, compresi i seguenti.

A partire dalla data di pagamento dell'Indennizzo Coma Irreversibile, la copertura assicurativa a favore del Beneficiario cessa e quindi la Compagnia null'altro è tenuta a corrispondere a detto Beneficiario né per morte, né per Invalidità Permanente, salvo il verificarsi delle condizioni indicate nel paragrafo che segue.

Le persone obbligate al mantenimento dell'Assicurato ai sensi della legge hanno titolo per richiedere un anticipo pari al 20% dell'Indennizzo spettante, ma comunque non eccedente Euro 250.000,00.

Nella ipotesi in cui, entro 2 anni dalla data di pagamento dell'Indennizzo Coma Irreversibile il Beneficiario esca totalmente dal coma, la Compagnia, a richiesta del Beneficiario, direttamente o, a richiesta del tutore o curatore (purché debitamente autorizzati – tutore o curatore – con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente) effettua il pagamento di un Indennizzo integrativo pari al 10% dell'importo già corrisposto, **fino ad un massimo di Euro 50.000,00**. Tale pagamento è effettuato dopo che la ripresa dal coma sia proseguita in modo continuativo ed ininterrotto per almeno **30 giorni a condizione che alla Compagnia sia stata fornita la documentazione richiesta, ai sensi dell'Articolo 6.1 | Obblighi in caso di Sinistro, su tale stato.**

Articolo 2.12 | Rischio guerra

A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 1912 Codice Civile, la garanzia è estesa agli Infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace e purché l'Assicurato non abbia preso parte attiva. Sono comunque esclusi dalla garanzia gli Infortuni derivanti da eventi connessi allo stato di guerra ed insurrezione in generale che colpissero l'Assicurato in paesi dove l'inizio delle ostilità era preesistente alla decorrenza della copertura.

La presente estensione di garanzia non opera:

- 1) per coloro che prestano il servizio militare;
- 2) in caso di Sinistro direttamente o indirettamente conseguente o causato da:
 - radiazioni ionizzanti o contaminazioni radioattive derivanti da qualsiasi combustibile nucleare o da qualsiasi scoria nucleare derivante dalla combustione del propellente di cui sopra;
 - esplosioni radioattive tossiche o altre proprietà pericolose di qualsiasi altro assemblaggio nucleare o componente nucleare del detto assemblaggio, indipendentemente da come l'emissione o l'esplosione si sia verificata.

Sono in ogni caso escluse guerre nucleari, chimiche e batteriologiche.

Articolo 2.13 | Terrorismo

La garanzia è estesa agli Infortuni derivanti da atti di Terrorismo compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale. Sono comunque esclusi dalla garanzia tutti gli Infortuni da atti terroristici in cui l'Assicurato abbia partecipato in modo volontario.

Articolo 2.14 | Eventi naturali

Sono compresi in garanzia gli Infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e straripamenti ed eventi naturali in genere. **Si precisa altresì che in nessun caso l'esborso massimo della Compagnia può superare l'importo per ogni Assicurato di Euro 2.000.000,00. Nell'eventualità che le Somme Assicurate eccedessero l'importo sopraindicato, le indennità spettanti sono proporzionalmente ridotte. Il limite massimo per risarcimento per Infortunio, causato dai suddetti eventi che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente Convenzione, non può superare complessivamente il limite catastrofale di cui all'articolo 2.23 | Massimo risarcimento catastrofale.**

Articolo 2.15 | Malattie tropicali

La garanzia si intende estesa alle conseguenze (morte o Invalidità Permanente) delle Malattie tropicali previste dal Decreto Ministeriale 14/01/1938 XVI e successive modificazioni. La presente estensione è soggetta all'applicazione di una Franchigia relativa del 20% per il caso morte e per il caso Invalidità Permanente.

La presente estensione di garanzia vale a condizione che gli Assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che siano stati sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi. Il Contraente si impegna a trasmettere agli Assicurati l'obbligo di denunciare alla Compagnia di essere stati colpiti dalla Malattia di cui trattasi indipendentemente dall'esito che essa può avere, nonché di produrre in sede di denuncia la documentazione a prova dell'avvenuta profilassi.

L'accertamento e la liquidazione degli eventuali postumi di Invalidità sono effettuati in Italia. **La Compagnia prende in considerazione soltanto i Sinistri avvenuti durante il periodo di validità della copertura e che siano stati denunciati non oltre 30 giorni dalla scadenza contrattuale.**

Articolo 2.16 | Esposizione agli elementi

La Compagnia, in occasione di arenamento, incagliamento, naufragio, atterraggio e ammaraggio forzato, corrisponde le Somme rispettivamente Assicurate per il caso di morte ed Invalidità Permanente anche per i casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'Infortunio, ma in conseguenza delle zone, del clima o di altre situazioni concomitanti, l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Articolo 2.17 | Costi di salvataggio e ricerca

In caso di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza, qualora l'Assicurato necessiti di interventi di soccorso, ricerca o salvataggio, **la Compagnia rimborsa un Indennizzo con un limite massimo di Euro 20.000,00, purché le spese sostenute siano documentate con giustificativi fiscali.**

Articolo 2.18 | Attività sportive

La copertura si applica agli Infortuni derivanti da attività sportive salvo quanto previsto dagli articoli 2.18 | Partecipazione a gare o prove e 2.19 | Sport estremi, svolte a titolo non professionistico, si intendono quindi **escluse tutte le attività sportive dove l'Assicurato percepisca una qualsiasi forma di compenso, anche solo a titolo di rimborso spese. Non sono comunque comprese nella copertura il paracadutismo, il parapendio e gli sport aerei in genere, anche se svolti a titolo non professionale.**

Articolo 2.19 | Partecipazione a gare o prove

La garanzia è estesa anche alla partecipazione di gare e relative prove o allenamenti organizzate o svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni o Enti di promozione sportiva riconosciute dal CONI, purché a titolo gratuito, per tutte le attività sportive con esclusione degli sport estremi richiamati nell'articolo 2.19 | Sport estremi. **Non sono comunque comprese nella copertura il paracadutismo, il parapendio e gli sport aerei in genere, anche se svolti a titolo non professionale.**

La presente estensione di garanzia è operante con un capitale massimo indicato in Scheda di Convenzione e con l'applicazione di una Franchigia assoluta del 5%, l'Indennizzo è quindi liquidato per la sola parte eccedente.

Sono escluse dalla copertura la partecipazione a gare motoristiche, non di regolarità pura, e le relative prove, dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in gare, in competizioni e nelle relative prove.

Articolo 2.20 | Sport estremi

La garanzia si intende estesa alle attività sportive temerarie di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio oltre il terzo grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche), sci-alpinismo per i gradi di difficoltà O.S. (Ottimo Sciatore) e O.S.A. (Ottimo Sciatore Alpinista), speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersione con autorespiratore a condizione che la persona assicurata sia munita di regolare e valido brevetto, rafting o canoa o idrospeed in tratti caratterizzati da rapide.

La presente estensione di garanzia è operante con un limite del 50% della Somma Assicurata e con l'applicazione di una Franchigia assoluta del 5%, l'Indennizzo è quindi liquidato per la sola parte eccedente.

La garanzia non vale comunque per gli Infortuni derivanti da:

- partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
- pratica di alpinismo o free climbing, in solitaria o in territorio extra-europeo;
- pratica di bungee jumping e attività simili.

Per alpinismo / free climbing in solitaria si intende la progressione su roccia e/o ghiaccio senza l'assicurazione garantita da un compagno di cordata. Non si considerano in solitaria le escursioni, comunque compiute, sino al livello E.E.A. (Escursionisti Esperti con Attrezzatura) compreso della Scala delle Difficoltà Escursionistiche.

Restano escluse le attività di tipo professionale e semiprofessionale.

Articolo 2.21 | Rimpatrio della salma

La Compagnia assicura fino a concorrenza della somma di Euro 5.000,00 e per ogni Infortunio indennizzabile a termini di Convenzione il rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato fino al luogo di sepoltura in Italia in caso di decesso a seguito di Infortunio avvenuto all'Estero. La Compagnia effettua il rimborso agli eventi diritto in Euro, previa presentazione in originale dei documenti giustificativi.

Articolo 2.22 | Spese funerarie

La Compagnia rimborsa ai Beneficiari designati nei Certificati le spese funerarie sostenute in caso di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza che comporti la morte l'Assicurato, purché le spese sostenute siano documentate con giustificativi fiscali. **L'estensione è prestata con un limite di Euro 5.000,00.**

Articolo 2.23 | Rischio volo

L'Assicurazione è applicata anche agli Infortuni subiti dagli Assicurati quali passeggeri trasportati su velivoli ed elicotteri a motore autorizzati all'esercizio di traffico aereo civile, anche se i velivoli sono di proprietà di ditte o privati, purché condotti da piloti regolarmente abilitati, o su velivoli a motore militari impiegati per il trasporto di passeggeri o civili, in occasione di voli su territori dotati di regolare assistenza al traffico aereo.

Si intendono esclusi gli Infortuni derivanti dall'uso in qualità di pilota o membro dell'equipaggio di qualsiasi mezzo di locomozione aereo, nonché su apparecchi per il volo da diporto e sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili).

L'Assicurazione vale anche per gli atti di pirateria, Terrorismo, sabotaggio, dirottamento, purché non conseguenti a guerra (dichiarata e non) in deroga agli articoli 2.11 | Rischio guerra e 2.12 | Terrorismo.

Il cumulo delle Somme Assicurate per la garanzia Rischio Volo, sia con questa Convenzione sia con altre Polizze stipulate dallo stesso Contraente con la presente Compagnia a favore degli stessi Assicurati, non può superare i seguenti capitali:

per persona:

- morte: Euro 2.000.000,00
- Invalidità Permanente totale: Euro 2.000.000,00

complessivamente per aeromobile:

- morte: Euro 10.000.000,00
- Invalidità Permanente totale: Euro 10.000.000,00

Qualora più Assicurati utilizzino il medesimo velivolo, la Somma Assicurata complessiva è determinata dall'addizione delle somme previste per i singoli Assicurati fino alla concorrenza del limite per aeromobile. Tale importo viene ripartito tra i singoli Assicurati in proporzione delle Somme Assicurate previste nei Certificati.

Articolo 2.24 | Massimo risarcimento catastrofale

Nel caso di un evento che colpisca contemporaneamente più Assicurati coperti dalla presente Convenzione, l'esborso massimo complessivo a carico della Compagnia non deve superare la somma complessiva di Euro 10.000.000,00. Qualora gli Indennizzi liquidabili ai sensi del contratto eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi sono proporzionalmente ridotti.

Articolo 2.25 | Limiti territoriali

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Articolo 2.26 | Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S., le persone sieropositive per H.I.V. o affette dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

L'Assicurazione cessa con la diagnosi di una di tali affezioni, restando precisato che sono comunque escluse le conseguenze di questa prima diagnosi. Quando questa diagnosi comporti la cessazione dell'Assicurazione durante il periodo di questa copertura, la Compagnia rimborsa la proporzione di Premio relativa al periodo di copertura non goduto.

Sono altresì non assicurabili gli sportivi professionisti, i piloti o gli equipaggi aerei, il personale imbarcato su navi ed i militari in servizio.

Non sono assicurabili le persone non residenti all'interno del Territorio Italiano. In caso di trasferimento della residenza al di fuori del Territorio Italiano durante la validità del contratto, l'assicurazione termina alla prima scadenza annua del Certificato di successiva alla data del trasferimento, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, che in tal caso verranno restituiti al Contraente per il periodo di competenza al netto delle imposte.

Articolo 2.27 | Limiti d'età

L'Assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni e cessa alla prima scadenza annuale per coloro che raggiungono tale limite di età nel corso del contratto. L'Assicurazione cessa con il loro manifestarsi e nessun Indennizzo è corrisposto dalla Compagnia. L'eventuale incasso del Premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il Premio medesimo è restituito dalla Compagnia a richiesta del Contraente. La Compagnia si riserva di chiedere eventuale documentazione sanitaria.

Articolo 2.28 | Autonomia della-Convenzione

In deroga all'Articolo 1.8 | Altre Assicurazioni, l'Assicurazione prestata con la presente Convenzione è indipendente da qualsiasi altra assicurazione, libera od obbligatoria, presente o futura, concernente gli infortuni che l'Assicurato potrebbe subire.

Articolo 2.29 | Indennizzo in caso di rapina, sequestro o Terrorismo

Qualora l'Assicurato deceda in conseguenza di infortunio subito a seguito di rapina, sequestro (anche tentati), terrorismo, attentati, gli Assicuratori corrisponderanno ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte maggiorata del 100%.

Articolo 2.30 | Spese di trasporto

La Compagnia assicura, per ogni Infortunio indennizzabile ai termini di Convenzione, il rimborso delle spese di trasporto (aereo o ferroviario o ambulanza), sostenute dall'Assicurato in caso di Infortunio che renda necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato, in Italia o all'estero o alla sua residenza fino a concorrenza Euro 10.000,00. La Compagnia effettua il rimborso agli aventi diritto in Euro, previa presentazione in originale dei documenti giustificativi.

Articolo 2.31 | Esclusioni

La Compagnia non risponde per Infortuni:

- a) derivanti dalla guida di veicoli e natanti a motore sotto l'influenza dell'alcool, quando l'alcolemia accertata sia superiore a 0,8 grammi per litro, sanzionabile ai sensi dell'articolo 186 del Decreto legislativo 30.04.1992 n. 285 e successive modifiche ed integrazioni;
- b) derivanti da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- c) derivanti da atti dolosi compiuti dall'Assicurato;
- d) derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- e) derivanti da patologia psichiatriche, disturbi psichici e loro conseguenze;
- f) subiti dall'Assicurato in qualità di membro dell'equipaggio di aeromobili in genere;
- g) subiti dall'Assicurato in qualità di passeggero durante i viaggi aerei effettuati su aeromobili di aeroclub, di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi del Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

SEZIONE 3 | Malattia

Articolo 3.1 | Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione vale per il caso di Invalidità Permanente

- conseguente a Malattia insorta successivamente alla data di effetto della presente Assicurazione o successivamente alla data di ingresso in garanzia;
- manifestatasi non oltre 1 anno dalla scadenza del Certificato della, purché la Malattia che la determini sia insorta prima della scadenza del contratto stesso, restando comunque escluso il caso di morte.

Per Malattia si intende ogni alterazione clinica dello stato di salute dell'Assicurato obiettivamente constatabile non dipendente da Infortunio. È considerata Invalidità Permanente da Malattia la perdita parziale o totale e permanente che riduca l'attitudine all'esercizio dell'attività dell'Assicurato e di ogni attività confacente alle sue attitudini.

Articolo 3.2 | Esclusioni

Sono escluse dall'Assicurazione le Invalidità Permanenti causate da:

- a) stati invalidanti già diagnosticati precedentemente alla stipulazione del contratto;
- b) Malattie mentali, psichiche;
- c) Malattie per intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- d) Malattie per trattamenti estetici e dietetici, cure dimagranti;
- e) Malattie per trasmutazione del nucleo dell'atomo, o per fonti di radiazioni provocate dall'accelerazione di particelle atomiche;
- f) da Invalidità Permanenti preesistenti alla stipulazione del contratto o determinate da Malattie conseguenti a situazioni patologiche insorte prima dell'effetto dell'Assicurazione;
- g) da guerra, guerra civile, invasione, insurrezioni in genere e tumulti popolari;
- h) da Invalidità conseguenti ad atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o a partecipazione ad imprese di carattere eccezionale.

Articolo 3.3 | Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S., le persone sieropositive per H.I.V. o affette dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

L'Assicurazione cessa con la diagnosi di una di tali affezioni, restando precisato che sono comunque escluse le conseguenze di questa prima diagnosi. Quando questa diagnosi comporti la cessazione dell'Assicurazione durante il periodo di copertura, la Compagnia rimborsa la porzione di Premio relativa al periodo di copertura non goduto.

Sono altresì non assicurabili gli sportivi professionisti, i piloti o gli equipaggi aerei, il personale imbarcato su navi ed i militari in servizio.

Non sono assicurabili le persone non residenti all'interno del Territorio Italiano.

In caso di trasferimento della residenza al di fuori del Territorio Italiano durante la validità del contratto, l'Assicurazione termina alla prima scadenza annua del Certificato successiva alla data del trasferimento, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, che in tal caso verranno restituiti al Contraente per il periodo di competenza al netto delle imposte.

Articolo 3.4 | Limiti d'età

La presente garanzia non vale per le persone di età superiore ai 75 anni e cessa alla prima scadenza annuale per coloro che raggiungono tale limite di età nel corso del contratto. L'Assicurazione cessa con il loro manifestarsi e nessun Indennizzo è corrisposto dalla Compagnia. L'eventuale incasso del Premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il Premio medesimo è restituito dalla Compagnia a richiesta del Contraente.

Articolo 3.5 | Franchigia

La garanzia Invalidità Permanente da Malattia prevede l'applicazione, per ciascun Sinistro, di una Franchigia del 22%. Pertanto, la Compagnia garantisce il pagamento di un Indennizzo fino alla concorrenza del capitale assicurato secondo il seguente criterio:

- se l'Invalidità Permanente accertata è inferiore al 23% della totale, non viene liquidato alcun Sinistro;
- se l'Invalidità Permanente accertata è di grado pari o superiore al 23% della totale, viene corrisposto un Indennizzo calcolato applicando al capitale assicurato la percentuale riportata nella seguente tabella, in corrispondenza del grado di Invalidità Permanente accertata:

% di Invalidità Permanente accertata	Indennizzo % del capitale assicurato	% di Invalidità Permanente accertata	Indennizzo % del capitale assicurato
23%-24%	2%	46%-55%	46%-55%
25%	5%	56%	59%
26%	8%	57%	63%
27%	11%	58%	67%
28%	14%	59%	71%
29%	17%	60%	75%
30%	20%	61%	79%
31%	23%	62%	83%
32%	26%	63%	87%
33%	29%	64%	91%
34%	32%	65%	95%
35%-45%	35%-45%	66%-100%	100%

L'esito della valutazione viene comunicato entro 90 giorni dall'accertamento e comunque dalla avvenuta ricezione di tutta la documentazione necessaria al completamento dell'istruttoria.

Articolo 3.6 | Aggravamento del Rischio

Fermo quanto già indicato nell'articolo 1.2, la Compagnia non considera aggravamento di Rischio, per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia, un peggioramento dello stato di salute dell'Assicurato, se ed in quanto sopravvenuto in corso di contratto e non ad esso preesistente, né il progredire dell'età e non sussiste l'obbligo di comunicazione alla Compagnia di variazioni nell'attività lavorativa/professione svolta, non costituendo tale circostanza fattore di aggravamento o diminuzione del Rischio assicurato per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia.

Sezione 4 | Perdita di Autosufficienza

Articolo 4.1 | Oggetto della garanzia

L'Assicurazione copre il rischio di non autosufficienza per Invalidità grave a seguito di Infortunio, Malattia o longevità dell'assicurato. A seguito del verificarsi dello stato di non autosufficienza, e nel limite del massimale previsto nel Certificato, all'Assicurato, spetta il risarcimento forfettario dei costi di assistenza che lo stesso andrà a sostenere.

Articolo 4.2 | Prestazioni assicurate

Le prestazioni assicurate devono intendersi calcolate sulla base dell'ammontare del premio, conseguentemente non potranno subire successive modifiche e rivalutazioni.

Articolo 4.3 | Definizione dello stato di non autosufficienza

Ai sensi della presente Assicurazione, è considerato in stato di non autosufficienza per Invalidità grave, l'Assicurato che, a causa di Infortunio, Malattia o per longevità, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni consecutivi, in uno stato tale, presumibilmente in modo permanente, da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 3 su 4 delle attività ordinarie della vita quotidiana indicate nel successivo articolo 4.4 | Attività ordinarie della vita quotidiana, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

Il livello di non autosufficienza è accertato da un medico e, al fine dell'accertamento, verranno seguite le procedure previste dai successivi articoli 6.15 e 6.16.

Ai sensi della presente Assicurazione, è considerato in stato di non autosufficienza l'Assicurato affetto da morbo di Alzheimer o simili demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici (test MMS di Folstein con punteggio inferiore a 15), tali da giustificare l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana.

Articolo 4.4 | Attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL)

Per attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL) si intendono:

- | | |
|-----------|---|
| lavarsi: | capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale senza l'assistenza di una terza persona; |
| nutrirsi: | capacità di mangiare e bere, senza l'assistenza di una terza persona; |
| muoversi: | capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi senza l'assistenza di una terza persona; |
| vestirsi: | capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti senza l'assistenza di una terza persona. |

Articolo 4.5 | Limiti d'età – Persone non assicurabili

Possono essere inseriti in copertura solo i soggetti che abbiano un'età compresa tra i 18 e i 75 anni e cessa alla prima scadenza annuale per coloro che raggiungono tale limite di età nel corso del contratto. L'Assicurazione cessa con il loro manifestarsi e nessun Indennizzo è corrisposto dalla Compagnia. L'eventuale incasso del Premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il Premio medesimo è restituito dalla Compagnia a richiesta del Contraente.

Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentali, tossicodipendenza, delirium tremens, alcoolismo e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile. Non sono inoltre assicurabili le persone che al momento della stipula del contratto abbiano già riconosciuta un'invalidità permanente di grado superiore al 50% o sia già stata avanzata una richiesta di riconoscimento della stessa.

Non sono assicurabili le persone che non possono compiere autonomamente almeno uno dei quattro atti della vita quotidiana come specificato nell'articolo 4.4 che precede (Activities of Daily Living - ADL)

Articolo 4.6 | Periodo di carenza e limiti assuntivi

La garanzia decorre:

- dalla data di decorrenza del contratto di Assicurazione nel caso di non autosufficienza conseguente a Infortunio;
- dopo tre anni dalla data di decorrenza del contratto di Assicurazione nel caso di non autosufficienza conseguente all'insorgenza della Malattia di Alzheimer o patologie similari di demenza senile invalidanti di origine organica;
- dopo dodici mesi dalla data di decorrenza del contratto di Assicurazione nel caso di non autosufficienza conseguente a cause diverse da quelle specificate ai precedenti punti a) e b).

Articolo 4.7 | Esclusioni

Sono esclusi dalla garanzia i casi di non autosufficienza dovuti alle seguenti cause:

- dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche, al di fuori dei regolamenti sportivi, e alle relative prove e dalla pratica, anche a livello non professionale, dei seguenti sport: sci con salti dal trampolino, bobsleigh, guidoslitta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, scalate di roccia e ghiacciaio, immersioni con ARA e speleologia, rugby, hockey e football americano;
- derivanti dalla guida di veicoli e natanti a motore sotto l'influenza dell'alcool, quando l'alcolemia accertata sia superiore a 0,8 grammi per litro, sanzionabile ai sensi dell'articolo 186 del Decreto legislativo 30.04.1992 n. 285 e successive modifiche ed integrazioni;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia come membro dell'equipaggio;
- alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, tentativo di suicidio, mutilazione e contaminazione radioattiva;
- omissione o falsa dichiarazione dell'Assicurato;
- patologie di ordine fisico diverse da quelle organiche (psicosi, nevrosi, sindrome ansio-depressive etc);
- atti compiuti o tentati dall'Assicurato e/o dal Contraente con dolo o colpa grave;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazione di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapeutiche;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a guerre, insurrezioni, sommosse e/o atti di terrorismo.

Sezione 5 | Grandi Interventi

(valida solo se espressamente attivata nel Certificato)

Articolo 5.1 | Definizioni

Le seguenti definizioni si intendono in aggiunta a quanto previsto dal Glossario.

Assistenza Medica	l'assistenza prestata, nelle modalità standard previste dall'Istituto di Cura, da persona fornita di specifica qualifica professionale;
Carenza	il periodo che può intercorrere tra il momento della stipulazione di un contratto di Assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia offerta dall'assicuratore diviene concretamente efficace;
Cartella Clinica	documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.);
Convalescenza	il periodo dopo la dimissione dall'Istituto di cura che comporti una inabilità temporanea;
Day Hospital	le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da Cartella Clinica con Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso;
Day Surgery	degenza in istituto di cura senza pernottamento e comportante intervento chirurgico terapeutico, con redazione di Cartella Clinica con Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.);
Intervento chirurgico	l'atto medico realizzato in Strutture Sanitarie regolarmente autorizzate da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Non sono considerati Interventi chirurgici né le riduzioni incruente di fratture e lussazioni, né gli accertamenti diagnostici o di controllo, anche quando invasivi o comportanti prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e/o per l'introduzione di idoneo strumento all'interno dell'organismo. Non sono altresì considerati interventi chirurgici i soli trattamenti sanitari a scopo terapeutico, quali cure oncologiche o somministrazione di qualsivoglia medicinale, anche tramite cruentazione dei tessuti;
Intramoenia	prestazioni sanitarie erogate individualmente o in équipe da professionista medico, dipendente da una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per la scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria. Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede);
Istituto di cura	l'ospedale pubblico, l'istituto universitario, la clinica o casa di cura privata regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza o lunga degenza, di soggiorno o di riposo per la cura di anziani o malati cronici, nonché le cliniche della salute e quelle aventi finalità estetiche, dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, e le residenze sanitarie assistenziali;
Lungodegenza	ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in Istituto di Cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
Malattia Improvvisa	Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza al momento di effetto della polizza (o del successivo ingresso in copertura) e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo; a titolo esemplificativo e non esaustivo si intendono malattie improvvise: appendicite acuta ed ernie strozzate; meningite,

Network	<p>peritonite, pleurite (tutte tre in forma acuta e non tubercolare); pneumonite acuta; broncopolmonite; febbri tifoidee, paratifoidee da accertarsi con sierodiagnosi;</p> <p> rete sanitaria convenzionata con la Compagnia, costituita da ospedali e Istituti di carattere scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, nonché da Professionisti Medici che esercitano nell'ambito di queste, per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nell'ambito delle convenzioni stesse, nelle seguenti forme:</p> <p>in forma diretta: la Compagnia paga direttamente alla struttura sanitaria, ai medici chirurghi e professionisti abilitati convenzionati le spese per le prestazioni sostenute dall'Assicurato e indennizzabili a termini di polizza, al netto di scoperti e/o franchigie indicati nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia, che rimangono invece a suo carico.</p> <p>Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private), medici chirurghi e professionisti abilitati (anche in regime di intramoenia) convenzionati;</p> <p>in forma indiretta (con l'utilizzo delle tariffe preferenziali): l'Assicurato sostiene in proprio tutte le spese relative alle garanzie prestate con la presente assicurazione, richiedendone successivamente il rimborso. Tutte le spese indennizzabili a termini di polizza vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di scoperti franchigie indicati nel Certificato di Polizza che rimangono a suo carico. Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private), medici chirurghi e professionisti abilitati (anche in regime di intramoenia) non convenzionati;</p>
Ricovero improprio	<p> la degenza/il ricovero sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente;</p>
Ricovero ospedaliero	<p> Il soggiorno imprevisto, a seguito di Infortunio o Malattia, in un istituto ospedaliero su prescrizione medica per un trattamento medico o chirurgico, che preveda almeno 1 (un) pernottamento. Resta escluso l'accesso alle strutture di pronto soccorso che non dia seguito a ricovero;</p>
Struttura Sanitaria	<p> Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery, regolarmente autorizzati a fornire assistenza ospedaliera. Ambulatorio o Poliambulatorio medico, centro diagnostico autorizzato.</p> <p>Non sono considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere;</p>
Struttura Sanitaria Convenzionata	<p> Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Compagnia ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni;</p>
Strutture Sanitarie, Medici Chirurghi e Professionisti Abilitati Convenzionati	<p> Strutture sanitarie, medici chirurghi e professionisti abilitati convenzionati, presso i quali l'Assicurato, previa richiesta telefonica e autorizzazione, può fruire dell'assistenza diretta per prestazioni mediche, interventi chirurgici e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute.</p> <p>Poiché gli accordi con i medici chirurghi, i professionisti abilitati e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che l'Assicurato ottenga conferma, per il tramite di del provider utilizzato e richiamato in Convenzione, l'effettiva esistenza dell'accordo.</p>

Articolo 5.2 | Oggetto dell'assicurazione

Oggetto della presente copertura è l'assicurazione del rimborso delle spese sanitarie sostenute dagli Assicurati in conseguenza di Infortunio o Malattia **limitatamente ai Grandi Interventi riportati nel quadro sinottico di cui all'art. 5.6**

Articolo 5.3 | Prestazioni assicurate

Le garanzie di cui alla presente copertura sono prestate in favore delle persone fisiche che risultano stabilmente residenti in Italia o che si recano all'estero per ragioni di lavoro o diporto per non più di 60 giorni all'anno continuativi.

L'assicurazione è operante per le garanzie, alle condizioni e nei limiti previsti dal quadro sinottico di cui all'art. 5.6 che segue, in caso di Malattia, Infortunio o esigenza avvenuto durante l'efficacia del presente contratto relativamente alle spese sostenute dall'Assicurato.

Articolo 5.4 | Limiti d'età – Persone non assicurabili

Possono essere inseriti in copertura solo i soggetti che abbiano fino ai 75 anni d'età e cessa alla prima scadenza annuale per coloro che raggiungono tale limite di età nel corso del contratto. L'Assicurazione cessa con il loro manifestarsi e nessun Indennizzo è corrisposto dalla Compagnia. L'eventuale incasso del Premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il Premio medesimo è restituito dalla Compagnia a richiesta del Contraente.

Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentali, tossicodipendenza, delirium tremens, alcoolismo e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.

In nessun caso per queste persone potrà essere opposto l'eventuale incasso di premi venuti a scadenza, che saranno restituiti al Contraente.

Articolo 5.5 | Periodo di carenza

Fermo il pagamento del Premio, le garanzie di cui alla presente Sezione 5 sono valide dalle ore 24.00:

- del giorno di effetto dell'assicurazione, per gli Infortuni e il check up occorsi o richiesti successivamente a tale data;
- del 30° giorno dalla data di effetto della copertura assicurativa per le Malattie;

Articolo 5.6 | Quadro Sinottico Grandi Interventi

CARDIOCHIRURGIA	
	BYPASS AORTO CORONARICI MULTIPLI (C.E.C.)
	BYPASS AORTO CORONARICO SINGOLO (C.E.C.)
	CARDIOCHIRURGIA A CUORE APERTO, IN ETÀ ADULTA O NEONATALE, COMPRESI ANEURISMI O SOSTITUZIONI VALVOLARI MULTIPLE O SOSTITUZIONE AORTICA O PLASTICA DELL'AORTA (C.E.C.), SALVO GLI INTERVENTI SPECIFICATI
	COMMISUROTOMIA PER STENOSI MITRALICA
	FERITE O CORPI ESTRANEI O TUMORI DEL CUORE O PER TAMPONAMENTO, INTERVENTI PER
	FISTOLE ARTEROVENESE DEL POLMONE, INTERVENTI PER
	MASSAGGIO CARDIACO INTERNO
	PERICARDIECTOMIA PARZIALE
	PERICARDIECTOMIA TOTALE
	REINTERVENTO CON RIPRISTINO DI C.E.C.
	SEZIONE O LEGATURA DEL DOTTO ARTERIOSO DI BOTALLO
	SOSTITUZIONE VALVOLARE IN HEART PORT
	SOSTITUZIONE VALVOLARE SINGOLA (C.E.C.)
	SOSTITUZIONI VALVOLARI CON BY-PASS AORTO CORONARICI (C.E.C.)
	TRAPIANTO CARDIACO (OMNICOMPENSIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
	VALVULOPLASTICA CARDIOCHIRURGICA

CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	
	ANGIOPLASTICA CORONARICA VASO SINGOLO CON O SENZA TROMBOLISI COMPRENSIVO DI EVENTUALE STAND-BY CARDIOCHIRURGICO ED EVENTUALE APPLICAZIONE DI STENTS
	ANGIOPLASTICA CORONARICA VASI MULTIPLI CON O SENZA TROMBOLISI COMPRENSIVO DI EVENTUALE STAND-BY CARDIOCHIRURGICO ED EVENTUALE APPLICAZIONE DI STENTS
CHIRURGIA DELLA MAMMELLA	
<i>Per gli interventi di chirurgia demolitiva è compresa la ricostruzione plastica mammaria (escluse protesi). L'intervento chirurgico di posizionamento o sostituzione di protesi mammaria è riconosciuto solo a seguito di chirurgia demolitiva per neoplasia. Sono escluse le prestazioni con finalità estetiche.</i>	
	MASTECTOMIA RADICALE, QUALSIASI TECNICA, CON LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	MASTECTOMIA SEMPLICE TOTALE CON EVENTUALI LINFOADENECTOMIE
	MASTECTOMIA SOTTOCUTANEA
	QUADRANTECTOMIA CON RICERCA ED ASPORTAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA E LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	QUADRANTECTOMIA CON RICERCA ED ASPORTAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA (COMPRESA PRESTAZIONE DEL MEDICO NUCLEARE/RADIOLOGO), SENZA ALTRE LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	QUADRANTECTOMIA SENZA LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	TUMORECTOMIA O QUADRANTECTOMIA CON RESEZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA E LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
CHIRURGIA GENERALE	
INTERVENTI CHIRURGICI MINORI	
<i>Tumori superficiali: neoformazioni soprafasciali. Tumori profondi: neoformazioni sottofasciali. Tumori profondi extracavitari: tumore del muscolo scheletrico, tumore o lesione similtumorale fibrosa.</i>	
	TUMORE PROFONDO MALIGNO TRONCO/ARTI, ASPORTAZIONE DI
COLLO	
	PARATIROIDI - TRATTAMENTO COMPLETO, INTERVENTO SULLE
	PARATIROIDI, REINTERVENTI
	TIROIDECTOMIA TOTALE, O TOTALIZZAZIONE DI TIROIDECTOMIA, QUALSIASI VIA DI ACCESSO, SENZA SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE
	TIROIDECTOMIA TOTALE PER GOZZO MEDIASTINICO, INTERVENTO PER
	TIROIDECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE
	TIROIDECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE BILATERALE
	TUMORE MALIGNO DEL COLLO, ASPORTAZIONE DI (ESCLUSO I CASI DESCRITTI)

ESOFAGO	
	DIVERTICOLI DELL'ESOFAGO CERVICALE (COMPRESA MIOTOMIA), INTERVENTO PER
	ESOFAGECTOMIA TOTALE CON ESOFAGOPLASTICA, IN UN TEMPO, COMPRESA LINFOADENECTOMIA
	ESOFAGO CERVICALE, RESEZIONE DELL', CON ESOFAGOSTOMIA
	ESOFAGO, RESEZIONE PARZIALE DELL' , CON ESOFAGOSTOMIA
	ESOFAGO-GASTRECTOMIA TOTALE, PER VIA TORACO-LAPAROTOMICA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	MEGAESOFAGO, INTERVENTO PER
	MEGAESOFAGO, REINTERVENTO PER
	VARICI ESOFAGEE: INTERVENTO TRANSTORACICO O ADDOMINALE
STOMACO – DUODENO	
	FISTOLA GASTRO-DIGIUNO-COLICA, INTERVENTO PER
	GASTRECTOMIA PARZIALE O SUBTOTALE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA)
	GASTRECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA ANCHE ESTESA
	GASTRECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA ESTESA CON SPLENOPANCREASECTOMIA SINISTRA ASSOCIATA
	GASTRECTOMIA TOTALE PER PATOLOGIA BENIGNA
	RESEZIONE GASTRO DUODENALE
	RESEZIONE GASTRO-DIGIUNALE PER ULCERA PEPTICA ANASTOMOTICA
	VARICI GASTRICHE (EMOSTASI CHIRURGICA)
INTESTINO: DIGIUNO - ILEO - COLON - RETTO - ANO	
<i>Trattamenti terapeutici iniettivi: trattamento con tossina botulinica per le ragadi anali e trattamento con sclerosanti per le emorroidi.</i>	
	AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE SEC. MILES, TRATTAMENTO COMPLETO
	ANO PRETERNATURALE, CHIUSURA, RICOSTRUZIONE CONTINUITÀ
	ANOPLASTICA (COME UNICO INTERVENTO)
	BY-PASS GASTRO INTESTINALI O INTESTINALI PER PATOLOGIE MALIGNHE
	COLECTOMIA SEGMENTARIA CON LINFOADENECTOMIA ED EVENTUALE COLOSTOMIA
	COLECTOMIA TOTALE (COMPRESA EVENTUALE STOMIA)
	COLECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA (COMPRESA EVENTUALE STOMIA)
	EMICOLECTOMIA DESTRA CON LINFOADENECTOMIE
	EMICOLECTOMIA SINISTRA CON LINFOADENECTOMIE ED EVENTUALE COLOSTOMIA (HARTMANN ED ALTRE)
	MEGACOLON, INTERVENTO PER

	MEGACOLON: COLOSTOMIA
	PROCTO-COLECTOMIA TOTALE CON POUCH ILEALE
	RESEZIONE DEL SIGMA-RETTO PER PATOLOGIA MALIGNA CON EVENTUALI LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	RESEZIONE RETTO-COLICA ANTERIORE (ANCHE ULTRA BASSA) COMPRESA LINFOADENECTOMIA ED EVENTUALE COLONSTOMIA
	RETTO, AMPUTAZIONE DEL, PER NEOPLASIA DELL'ANO, COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA INGUINALE BILATERALE
	TUMORE MALIGNO DEL RETTO, PER VIA TRANS-ANALE O CON MICROCHIRURGIA ENDOSCOPICA TRANS-ANALE (TEM), ASPORTAZIONE DI
PERITONEO	
	OCCLUSIONE INTESTINALE CON RESEZIONE
FEGATO E VIE BILIARI	
	ANASTOMOSI PORTO-CAVA O SPLENO-RENALE O MESENTERICA-CAVA
	COLECISTOSTOMIA PER NEOPLASIE NON RESECABILI
	COLEDOCO/EPATICO/DIGIUNO/DUODENOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA
	COLEDOCO-EPATICO DIGIUNOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA
	COLEDOCO-EPATICO DUODENOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA
	DEARTERIALIZZAZIONE EPATICA, CON O SENZA CHEMIOTERAPIA
	DECONNESSIONE AZYGOS-PORTALE PER VIA ADDOMINALE
	PAPILLA DI VATER, EXERESI
	PAPILLA DI VATER, AMPULLECTOMIA PER CANCRO CON REIMPIANTO DEL DOTTO DI WIRSUNG E COLEDOCO
	RESEZIONI EPATICHE MAGGIORI
	RESEZIONI EPATICHE MINORI
	TERMOABLAZIONE CON RADIOFREQUENZA DI TUMORI EPATICI, QUALSIASI VIA DI ACCESSO
	TRAPIANTO DI FEGATO (OMNICOMPENSIVO DI SERVIZI ED ATTI MEDICI)
PANCREAS – MILZA	
	CEFALO DUODENO PANCREASECTOMIA COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	DERIVAZIONI PANCREATICO-WIRSUNG DIGESTIVE
	NEOPLASIE DEL PANCREAS ENDOCRINO, INTERVENTI PER
	PANCREATECTOMIA SINISTRA COMPRESA SPLENECTOMIA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	PANCREATECTOMIA TOTALE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA)
	SPLENECTOMIA
	TRAPIANTO DI PANCREAS (OMNICOMPENSIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)

CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE	
	FRATTURA ZIGOMO, ORBITA, TERAPIA CHIRURGICA PER
	FRATTURE DEI MASCELLARI, TERAPIA CHIRURGICA DI
	FRATTURE DEL SENO FRONTALE, TERAPIA CHIRURGICA DI
	FRATTURE DELLA MANDIBOLA E DEL CONDILO, TERAPIA CHIRURGICA DELLE (COMPRESA L'EVENTUALE FISSAZIONE CON FERULE)
	FRATTURE MANDIBOLARI, RIDUZIONE CON FERULE
	GHIANDOLA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE PER NEOPLASIE MALIGNI, COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	LINGUA E PAVIMENTO ORALE, INTERVENTO PER TUMORI MALIGNI CON SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE FUNZIONALE O RADICALE
	LINGUA E PAVIMENTO ORALE, INTERVENTO PER TUMORI MALIGNI SENZA SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE
	MALFORMAZIONI DENTO-MAXILLO-FACCIALI DELLA MANDIBOLA E DELLA MASCELLA (PROGENISMO, MICROGENIA, PROGNATISMO, MICROGNATIA, LATERODEVIAZIONI MANDIBOLARI, ETC.), COMPRESA MENTOPLASTICA SUL MASCELLARE SUPERIORE O SULLA MANDIBOLA
	MANDIBOLA, RESEZIONE PARZIALE PER NEOPLASIA DELLA, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE MONOLATERALE
	MANDIBOLA, RESEZIONE PARZIALE PER NEOPLASIA DELLA, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE BILATERALE
	MASCELLARE SUPERIORE PER NEOPLASIE, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE MONOLATERALE, RESEZIONE DEL
	MASCELLARE SUPERIORE PER NEOPLASIE, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE BILATERALE, RESEZIONE DEL
	MASSICCIO FACCIALE, OPERAZIONE DEMOLITRICE PER TUMORI CON SVUOTAMENTO ORBITARIO
	NEOPLASIE MALIGNI DEL LABBRO/GUANCIA CON SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE DI
	NEOPLASIE MALIGNI DEL LABBRO/GUANCIA SENZA SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE DI
	NEOPLASIE MALIGNI LIMITATE DEL LABBRO O DEI TESSUTI MOLLI DELLA CAVITÀ ORALE, ASPORTAZIONE DI
	PARALISI DINAMICA O STATICA DEL NERVO FACCIALE, PLASTICA PER
	PAROTIDECTOMIA PARZIALE CON EVENTUALE RISPARMIO DEL NERVO FACCIALE
	PAROTIDECTOMIA TOTALE O SUB-TOTALE
CHIRURGIA PEDIATRICA	
	ASPORTAZIONE TUMORE DI WILMS
	ATRESIA DELL'ANO CON FISTOLA RETTO-URETRALE, RETTO-VULVARE: ABBASSAMENTO ADDOMINO PERINEALE
	ATRESIA DELL'ANO SEMPLICE: ABBASSAMENTO ADDOMINO-PERINEALE
	ESOFAGO, ATRESIA O FISTOLE CONGENITE DELL'
	FISTOLA E CISTI DELL'OMBELICO: DAL CANALE ONFALOMESENTERICO CON RESEZIONE INTESTINALE

CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA	
<i>Tumori superficiali: neoformazioni soprafasciali; Tumori profondi: neoformazioni sottofasciali. Non sono considerate come prestazioni rimborsabili, i trattamenti laser e/o chirurgici delle teleangectasie, angiomi rubini, spider nevi ed analoghi. Sono escluse le prestazioni con finalità estetiche.</i>	
	APLASIA DELLA VAGINA, RICOSTRUZIONE PER
	INTERVENTO DI PUSH-BACK E FARINGOPLASTICA
	MALFORMAZIONI COMPLESSE DELLE MANI E DEI PIEDI
	STATI INTERSESSUALI, CHIRURGIA DEGLI
	TRASFERIMENTO DI LEMBO LIBERO MICROVASCOLARE
CHIRURGIA TORACO-POLMONARE	
	BILOBECTOMIA, INTERVENTO DI (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	DECORTICAZIONE PLEURO POLMONARE, INTERVENTO DI
	FERITA TORACO-ADDOMINALE CON LESIONI VISCERALI
	FISTOLE DEL MONCONE BRONCHIALE DOPO EXERESI O INTERVENTI ASSIMILABILI, INTERVENTO PER
	FISTOLE ESOFAGO-BRONCHIALI, INTERVENTI DI
	LINFOADENECTOMIA MEDIASTINICA (COME UNICO INTERVENTO)
	NEOPLASIE MALIGNI COSTE E/O STERNO (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	NEOPLASIE MALIGNI DEL DIAFRAMMA (COME FASE DI INTERVENTO PRINCIPALE)
	NEOPLASIE MALIGNI DELLA TRACHEA (COMPRESA PLASTICA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	NEOPLASIE MALIGNI E/O CISTI DEL MEDIASTINO (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PLEURECTOMIE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PLEUROPNEUMECTOMIA (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PNEUMECTOMIA, INTERVENTO DI (COMPRESA LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PNEUMECTOMIA CON RESEZIONE DI TRACHEA E ANASTOMOSI TRACHEO-BRONCHIALE
	RESEZIONE BRONCHIALE CON REIMPIANTO
	RESEZIONE SEGMENTARIA O LOBECTOMIA (COMPRESA EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)
	RESEZIONI POLMONARI SEGMENTARIE ATIPICHE SINGOLE O MULTIPLE (COMPRESA EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)
	RESEZIONI SEGMENTARIE TIPICHE (COMPRESA EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)
	TIMECTOMIA
	TORACOPLASTICA, PRIMO TEMPO
	TORACOPLASTICA, SECONDO TEMPO
	TRAPIANTO DI POLMONE (OMNICOMPENSIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)

CHIRURGIA VASCOLARE	
	ANEURISMI AORTA ADDOMINALE O AORTA TORACICA + DISSECAZIONE: RESEZIONE E INNESTO PROTESICO (A CIELO APERTO)
	ANEURISMI ARTERIE DISTALI DEGLI ARTI, RESEZIONE E/O INNESTO PROTESICO (A CIELO APERTO)
	ANEURISMI, RESEZIONE E INNESTO PROTESICO: ARTERIE ILIACHE, FEMORALI, POPLITEE, OMERALI, ASCELLARI, GLUTEI, ARTERIE VISCERALI E TRONCHI SOVRAORTICI (A CIELO APERTO)
	BY-PASS AORTO-ANONIMA, AORTO-CAROTIDEO, CAROTIDO-SUCCLAVIO
	BY-PASS AORTO-ILIACO O AORTO-FEMORALE
	BY-PASS AORTO-RENALE O AORTO-MESENTERICO O CELIACO ED EVENTUALE TEA E PLASTICA VASALE
	TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE DI ANEURISMI O ANEURISMI DISSECANTI DELL'AORTA TORACICA
	TROMBOENDARTERIECTOMIA E BY-PASS E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI
	TROMBOENDARTERIECTOMIA E PATCH E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI
	TROMBOENDARTERIECTOMIA E INNESTO PROTESICO E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI (QUALSIASI TECNICA)
GINECOLOGIA	
	ISTERECTOMIA RADICALE PER VIA LAPAROTOMICA O VAGINALE CON LINFOADENECTOMIA PELVICA E/O LOMBOAORTICA, COMPRESA PLASTICA VAGINALE ANTERIORE E/O POSTERIORE
	TUMORI MALIGNI VAGINALI CON LINFOADENECTOMIA, INTERVENTO RADICALE PER
	TUMORI MALIGNI VAGINALI SENZA LINFOADENECTOMIA, INTERVENTO RADICALE PER
	VULVECTOMIA PARZIALE CON LINFOADENECTOMIA BILATERALE DIAGNOSTICA DEI LINFONODI INGUINALI SUPERFICIALI, INTERVENTO DI
	VULVECTOMIA RADICALE ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA INGUINALE E PELVICA, INTERVENTO DI
NEUROCHIRURGIA	
<i>Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.</i>	
	ANASTOMOSI VASI INTRA-EXTRA CRANICI
	CERNIERA ATLANTO-OCIPITALE, INTERVENTO PER MALFORMAZIONI PER VIA ANTERIORE O POSTERIORE
	CORDOTOMIA, RIZOTOMIA E AFFEZIONI MIELORADICOLARI VARIE, INTERVENTI DI
	CRANIOPLASTICA
	CRANIOTOMIA PER EMATOMA EXTRADURALE
	CRANIOTOMIA PER LESIONI TRAUMATICHE INTRACEREBRALI
	CRANIOTOMIA PER TUMORI CEREBELLARI, ANCHE BASALI
	ENCEFALOMENINGOCELE, INTERVENTO PER
	EPILESSIA FOCALE, INTERVENTO PER
	ERNIA DEL DISCO INTERVERTEBRALE CERVICALE, MIELOPATIE, RADICULOPATIE

	IPOFISI, INTERVENTO PER ADENOMA PER VIA TRANSFENOIDALE
	LAMINECTOMIA PER TUMORI INTRA-DURALI EXTRA MIDOLLARI
	LAMINECTOMIA PER TUMORI INTRAMIDOLLARI
	MALFORMAZIONE ANEURISMATICA INTRACRANICA (ANEURISMI SACCULARI, ANEURISMI CAROTIDEI, ALTRI ANEURISMI)
	MALFORMAZIONE ANEURISMATICA O ANGIOMATOSA CON COMPRESSIONE RADICOLARE E/O MIDOLLARE
	NEOPLASIE ENDOCRANICHE, ASPORTAZIONE DI
	NEOPLASIE, CORDOTOMIE, RADICOTOMIE ED AFFEZIONI MENINGOMIDOLLARI, INTERVENTO ENDORACHIDEO
	PLESSO BRACHIALE, INTERVENTO SUL
	TRAUMI VERTEBRO-MIDOLLARI VIA ANTERIORE, INTERVENTO PER
	TUMORE ORBITALE, ASPORTAZIONE PER VIA ENDOCRANICA
	TUMORI DELLA BASE CRANICA, INTERVENTO PER VIA TRANSORALE
	TUMORI ORBITARI, INTERVENTO PER
OCULISTICA	
<i>Escluso qualsiasi intervento finalizzato ai trattamenti per la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, correzione della cornea.</i>	
CORNEA	
	TRAPIANTO CORNEALE A TUTTO SPESSORE
	TRAPIANTO CORNEALE LAMELLARE
	TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI LIMBARI
	TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI LIMBARI COMBINATA CON APPOSIZIONE DI MEMBRANA AMNIOTICA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
<i>Articolazioni: grandi (anca, ginocchio, spalla); medie (gomito, polso, tibio-peroneo-astragala); piccole (le restanti). Segmenti ossei: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti). Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.</i>	
INTERVENTI CRUENTI	
	ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA ANTERIORE O SPONDILOLISTESI
	ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA POSTERIORE
	ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA POSTERIORE E ANTERIORE
	ARTRODESI: GRANDI ARTICOLAZIONI
	ARTRODESI: MEDIE ARTICOLAZIONI
	ARTROPLASTICHE: GRANDI (QUALSIASI MATERIALE)
	ARTROPLASTICHE: MEDIE (QUALSIASI MATERIALE)
	ARTROPLASTICHE: PICCOLE (QUALSIASI MATERIALE)

	ARTROPROTESI SPALLA, PARZIALE
	ARTROPROTESI SPALLA, TOTALE
	ARTROPROTESI: ANCA PARZIALE
	ARTROPROTESI: ANCA TOTALE
	ARTROPROTESI TOTALE D'ANCA, REVISIONE: INTERVENTO PER RIMOZIONE E RIPOSIZIONAMENTO ESEGUITO NELLO STESSO RICOVERO IN CUI È STATO ESEGUITO IL PRIMO INTERVENTO, COMPRENSIVO DELL'INTERVENTO PRINCIPALE DI ARTROPROTESI D'ANCA TOTALE
	ARTROPROTESI TOTALE D'ANCA: INTERVENTO PER RIMOZIONE E RIPOSIZIONAMENTO ESEGUITO IN UN TEMPO SUCCESSIVO AL PRIMO RICOVERO
	ARTROPROTESI: GINOCCHIO
	ARTROPROTESI: GOMITO
	ARTROPROTESI: RIMOZIONE DI ARTROPROTESI SETTICA IN UN TEMPO SUCCESSIVO AL PRIMO INTERVENTO (PARZIALE O TOTALE) COME UNICO INTERVENTO
	COSTOLA CERVICALE E "OUTLET SYNDROME", INTERVENTO PER
	EMIPELVECTOMIA
	EMIPELVECTOMIE "INTERNE" CON SALVATAGGIO DELL'ARTO
	OSTEOSINTESI VERTEBRALE
	OSTEOTOMIA COMPLESSA (BACINO, VERTEBRALE)
	REIMPIANTI DI ARTO O SUO SEGMENTO
	RESEZIONE DEL SACRO
	RIDUZIONE CRUENTA E CONTENZIONE DI LUSSAZIONE TRAUMATICA DI COLONNA VERTEBRALE
	SPALLA, RESEZIONI COMPLETE SEC. TICKHOR-LIMBERG
	SVUOTAMENTO DI FOCOLAI METASTATICI ED ARMATURA CON SINTESI PIÙ CEMENTO
	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO (OMNICOMPRESIVO DI SERVIZI ED ATTI MEDICI)
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, GRANDI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, MEDI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, PICCOLI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, VERTEBRALI, ASPORTAZIONE DI
	UNCOFORAMINOTOMIA O VERTEBROTOMIA
	TENDINI - MUSCOLI - APONEUROSIS - NERVI PERIFERICI
	TRAPIANTI TENDINEI E MUSCOLARI O NERVOSI

OTORINOLARINGOIATRIA	
	NEOPLASIE DEL CONDOTTO, EXERESI
	NERVO VESTIBOLARE, SEZIONE DEL
	NEURINOMA DELL'OTTAVO PAIO
	STAPEDECTOMIA
	STAPEDOTOMIA
	TIMPANOPLASTICA CON MASTOIDECTOMIA
	TIMPANOPLASTICA SENZA MASTOIDECTOMIA
	TIMPANOPLASTICA, SECONDO TEMPO DI
	TUMORI DELL'ORECCHIO MEDIO, ASPORTAZIONE DI
NASO E SENI PARANASALI	
<i>Escluse le prestazioni con finalità estetiche.</i>	
	TUMORI MALIGNI DEL NASO O DEI SENI, ASPORTAZIONE DI
FARINGE - CAVO ORALE – OROFARINGE	
	FARINGECTOMIA PARZIALE
	NEOPLASIE PARAFARINGEE
	TUMORE MALIGNO FARINGOTONSILLARE, ASPORTAZIONE DI
	VELOFARINGOPLASTICA
LARINGE E IPOFARINGE	
	CORDECTOMIA
	CORDECTOMIA CON IL LASER
	DIAFRAMMA LARINGEO, ESCISSIONE CON RICOSTRUZIONE PLASTICA
	EPIGLOTTIDECTOMIA
	LARINGECTOMIA PARZIALE
	LARINGECTOMIA PARZIALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE
	LARINGECTOMIA TOTALE SENZA SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE
	LARINGECTOMIA TOTALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE
	LARINGECTOMIA TOTALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE BILATERALE
	LARINGOFARINGECTOMIA TOTALE

RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	
<i>Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.</i>	
	EMBOLOGIA MALFORMAZIONI E/O ANEURISMI E/O FISTOLE VASCOLARI CEREBRALI O TUMORI ENDOCRANICI
	POSIZIONAMENTO DI STENT CAROTIDEO CON SISTEMA DI PROTEZIONE CEREBRALE PER TRATTAMENTO STENOSI CAROTIDEE
	TIPS (SHUNT PORTO-SOVRAEPATICO)
UROLOGIA - ATTI CHIRURGICI	
RENE	
	EMINEFRECTOMIA
	NEFRECTOMIA ALLARGATA PER TUMORE CON EVENTUALE TRATTAMENTO DI TROMBO CAVALE (COMPRESA SURRENECTOMIA)
	NEFRECTOMIA POLARE
	NEFRECTOMIA SEMPLICE
	NEFROURETERECTOMIA RADICALE CON LINFOADENECTOMIA PIÙ EVENTUALE SURRENECTOMIA, INTERVENTO DI
	NEFROURETERECTOMIA RADICALE (COMPRESA SURRENECTOMIA)
	SURRENECTOMIA
	TRAPIANTO DI RENE (OMNICOMPENSIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
URETERE	
	MEGAURETERE, INTERVENTO PER RIMODELLAGGIO
VESCICA	
	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON ILEO O COLOBLADDER
	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON NEOVESCICA RETTALE COMPRESA
	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON URETEROSIGMOIDOSTOMIA BILATERALE O URETEROCUTANEOSTOMIA
	VESCICA, PLASTICHE DI AMPLIAMENTO (COLON/ILEO)
	VESCICOPLASTICA ANTIREFLUSSO BILATERALE
	VESCICOPLASTICA ANTIREFLUSSO UNILATERALE
PROSTATA	
	PROSTATECTOMIA RADICALE PER CARCINOMA CON LINFOADENECTOMIE, COMPRESA EVENTUALE LEGATURA DEI DEFERENTI (QUALSIASI ACCESSO E TECNICA)

APPARATO GENITALE MASCHILE	
	EMASCULATIO TOTALE ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	ORCHIECTOMIA ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA ADDOMINALE O RETROPERITONEALE MONOLATERALE
	ORCHIECTOMIA ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA ADDOMINALE O RETROPERITONEALE BILATERALE
	PENE, AMPUTAZIONE TOTALE CON LINFOADENECTOMIA

Sezione 6 | In caso di Sinistro

Infortuni

Articolo 6.1 | Obblighi in caso di Sinistro

Il Sinistro Infortuni deve essere denunciato dal Contraente o dall'Assicurato o dagli eredi o aventi diritto entro 15 giorni da quello in cui il Sinistro si è verificato oppure dal momento in cui l'Assicurato o i suoi eredi o aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia del Sinistro deve essere sottoscritta e consegnata all'Intermediario assicurativo a cui è assegnata la Convenzione o alla Compagnia e deve contenere la descrizione dell'Infortunio, con l'indicazione delle cause, luogo, giorno e ora dell'evento. Alla denuncia deve essere allegato il certificato medico con prognosi circa la ripresa, anche parziale, dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni dell'Assicurato. Successivamente, deve essere documentato il decorso dell'Infortunio con eventuali ulteriori certificati medici e deve altresì essere inviato il relativo certificato di guarigione clinica attestante la stabilizzazione di eventuali postumi invalidanti permanenti.

Si precisa che l'Assicurato deve rilasciare eventuale documentazione relativa a inchieste e/o indagini ufficiali e/o altri procedimenti giudiziari e/o accertamenti di ogni genere in essere e/o già conclusi presso le Pubbliche Autorità Competenti relativi alle circostanze del Sinistro.

L'Assicurato, gli eredi o gli aventi diritto devono acconsentire alla visita dei medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo, a tal fine, dal segreto professionale i medici che hanno o hanno avuto in cura l'Assicurato; devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della cartella clinica. Le spese relative a certificati medici, cartella clinica e ogni altra documentazione richiesta sono a carico dell'Assicurato. Per il rimborso di quanto indicato all'articolo 5.8 | Rimborso spese mediche da Infortunio occorre presentare i documenti di spesa e la documentazione medica, in particolare la cartella clinica in caso di ricovero. Qualora l'Infortunio comporti il decesso dell'Assicurato, o qualora questo sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne data immediata comunicazione per iscritto all'Intermediario assicurativo o alla Compagnia, presentando:

- documentazione medica con cartella clinica in caso vi sia stato ricovero;
- certificato di morte;
- certificato di famiglia relativo all'Assicurato ed eventuale certificato di gravidanza della vedova;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- in caso vi siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli aventi causa, decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Compagnia circa il reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento della modalità di Sinistro nonché per la corretta identificazione degli eredi o aventi diritto;
- copia dei verbali delle Autorità, ove intervenute;
- patente di guida, se l'evento è avvenuto alla guida di veicoli;
- dichiarazione di non intervenuto divorzio o sentenza di divorzio.

Nel caso intervenga il decesso per cause diverse dall'Infortunio prima che siano stati effettuati gli accertamenti e le verifiche necessarie alla quantificazione dell'Invalidità permanente, deve essere fornita prova da parte degli eredi o aventi diritto della:

- avvenuta stabilizzazione dei postumi invalidanti, mediante produzione di certificato di guarigione o di equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi (a titolo esemplificativo e non esaustivo una relazione medico legale di parte, certificati INAIL) corredata da tutta la documentazione medica e da cartella clinica qualora sia intervenuto ricovero;
- assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto all'Infortunio.

Articolo 6.2 | Data del Sinistro

Per data del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio.

Articolo 6.3 | Criteri di indennizzabilità

La Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze immediate e dirette dell'Infortunio denunciato. Se l'Infortunio colpisce una persona che non è fisicamente integra e sana, non è indennizzabile quanto imputabile a e/o aggravato da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute.

Si precisa che è ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da aggravamenti relativi all'Infortunio denunciato, sopraggiunti successivamente alla liquidazione dello stesso. L'esito della valutazione viene comunicato entro 90 giorni dall'accertamento e comunque dall'avvenuta ricezione di tutta la documentazione necessaria al completamento dell'istruttoria.

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e non è trasmissibile.

Tuttavia, se l'Assicurato decede per cause indipendenti dall'Infortunio prima che l'Indennizzo sia stato pagato, la Compagnia è tenuta a corrispondere agli eredi o aventi causa:

- l'importo oggetto di sua eventuale offerta o di accordo con l'Assicurato;
- in assenza di un'offerta della Compagnia o di un accordo con l'Assicurato, l'importo oggettivamente determinabile sulla base di quanto previsto all'articolo 6.1 | Obblighi in caso di Sinistro.

La Compagnia si impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto, l'esito della valutazione del Sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione. La Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze immediate e dirette dell'Infortunio denunciato.

Se l'Infortunio colpisce una persona che non è fisicamente integra e sana, non è indennizzabile quanto imputabile a -e/o aggravato da- condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute.

Articolo 6.4 | Controversie sulla valutazione del danno

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del Sinistro o sulla misura degli Indennizzi si potrà procedere, su accordo tra le Parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, mediante arbitrato di un Collegio Medico. I due primi componenti del Collegio sono designati dalle Parti e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio Medico. Il Collegio Medico risiede nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Articolo 6.5 | Termine di pagamento dell'Indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione (le cui spese sono a carico del Contraente), il pagamento dell'Indennizzo si effettua non oltre 15 giorni dopo il compimento delle formalità e l'invio dei documenti indispensabili in caso di morte, dopo l'accordo delle Parti in merito al grado di Invalidità in caso di Invalidità Permanente e dopo l'accordo delle Parti in merito all'importo dovuto per le garanzie accessorie. L'Indennizzo è corrisposto in Italia.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'Euro deve avvenire applicando il cambio contro Euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunte dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A. Il rimborso è effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Articolo 6.6 | Anticipo Indennizzo

La Compagnia, su richiesta dell'Assicurato, su parere esclusivo della parte medica della Compagnia in base alla documentazione acquisita, qualora non siano sorte contestazioni sull'operatività della garanzia e siano valutabili postumi di Invalidità Permanente superiore al 20% della totale, corrisponde un Indennizzo a titolo di anticipo pari al 50% dell'Indennizzo presumibile in via definitiva e fino a concorrenza di un esborso massimo di Euro 100.000,00.

L'anticipo di cui sopra è conguagliato in sede di liquidazione definitiva, salvo recupero delle somme pagate in eccedenza o di non indennizzabilità della garanzia.

Articolo 6.7 | Esagerazione dolosa del danno

Il Contraente o l'Assicurato che esagerano dolosamente l'ammontare del danno, adoperano a giustificazione mezzi o documenti menzogneri o fraudolenti, alterano dolosamente le tracce del sinistro o facilitano il progresso di questo, perdono il diritto all'Indennizzo.

Malattia

Articolo 6.8 | Obblighi in caso di Sinistro

La denuncia deve essere fatta entro 15 giorni da quando, secondo parere medico, ci siano le motivazioni per ritenere che la Malattia possa comportare un'Invalidità permanente di qualsiasi tipo anche inferiore alla Franchigia. La denuncia deve essere effettuata comunque non oltre 1 anno dalla cessazione dell'Assicurazione.

Occorre inoltre:

- allegare alla denuncia, la certificazione medica sulla natura dell'infermità;
- inviare periodicamente alla Compagnia le informazioni circa il decorso della Malattia, fornendo le cartelle cliniche in caso di ricovero ed ogni altra documentazione utile per la valutazione dei postumi invalidanti.

Qualora il decesso per cause indipendenti dalla Malattia avvenisse prima degli accertamenti disposti dalla Compagnia, gli eredi o gli aventi diritto devono inoltre fornire prova documentale atta a provare:

- l'esistenza e quantificazione dell'Invalidità permanente da Malattia;
- l'assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto alla Malattia.

Articolo 6.9 | Data del Sinistro

Fermo quanto già indicato nell'articolo 6.8 | Obblighi in caso di Sinistro, per data del Sinistro si intende il giorno in cui è stata denunciata la Malattia.

Articolo 6.10 | Criteri di indennizzabilità

La Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata.

Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti. Si precisa che per Malattie coesistenti si intendono le Malattie o Invalidità di cui il soggetto assicurato fosse già affetto e che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla Malattia denunciata e sull'Invalidità da essa causata, in quanto incidenti su sistemi organo-funzionali diversi. Le Invalidità permanenti da Malattia già accertate non sono oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove Malattie. Si precisa che per Malattie concorrenti si intendono le Malattie o Invalidità presenti nel soggetto (Contraente/Assicurato) che determinano un'influenza peggiorativa sulla Malattia denunciata e sull'Invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo funzionale. Qualora la Malattia colpisca un soggetto la cui Invalidità sia già stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità è effettuata quindi in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente da Malattia è di carattere personale e non è trasmissibile.

Articolo 6.11 | Termine di pagamento dell'Indennizzo

La Compagnia, ricevuta la documentazione indicata all'articolo 6.8 | Obblighi in caso di Sinistro, riconosciuta l'indennizzabilità del Sinistro e determinato l'Indennizzo dovuto, provvede entro 15 giorni al pagamento dello stesso. **La liquidazione viene fatta in Italia ed in valuta italiana.**

Il capitale assicurato rappresenta il massimo importo indennizzabile nell'intera durata contrattuale. Pertanto, la sommatoria degli Indennizzi, relativi ad Invalidità Permanente determinate da una o più Malattie, non potrà essere, nell'arco dell'intera durata contrattuale, maggiore del capitale assicurato indicato nel Certificato.

La corresponsione dell'intero capitale assicurato implica, per l'Assicurato che ne ha usufruito, la cessazione della garanzia.

Articolo 6.12 | Controversie sulla valutazione del danno

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del Sinistro o sulla misura degli Indennizzi si potrà procedere, su accordo tra le Parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, mediante arbitrato di un Collegio Medico. I due primi componenti del Collegio sono designati dalle Parti e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio Medico. Il Collegio Medico risiede nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Perdita di Autosufficienza

Articolo 6.13 | Denuncia del danno e obblighi dell'Assicurato

La denuncia del Sinistro deve essere presentata alla Compagnia o al Broker affidatario del contratto secondo le modalità da esso previste. La denuncia deve essere corredata da referto medico attestante la natura della Malattia o dalla documentazione relativa all'Infortunio. L'Assicurato deve inoltre produrre copia della cartella clinica. La documentazione sanitaria deve sempre contenere la diagnosi o presunta diagnosi. L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire la visita di medici della Compagnia e a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo a tal fine il segreto professionale i medici che hanno visitato e

curato l'Assicurato stesso; devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della copia della cartella clinica e ulteriore documentazione utile richiesta dalla Compagnia.

Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato. Colui che richiede l'indennizzo deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto. Se dolosamente non viene adempiuto gli obblighi previsti dal presente articolo, l'Assicurato perde il diritto all'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

Articolo 6.14 | Obblighi dell'Assicurato

Da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi dell'articolo 4.3 | Definizione dello stato di non autosufficienza, il Contraente, l'Assicurato o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare o che comunque si occupi dello stesso, al fine di avviare le procedure di accertamento del sinistro, deve:

- 1) comunicare per iscritto il verificarsi dell'evento, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento mediante PEC e lettera raccomandata con ricevuta di ritorno;
- 2) produrre tutta la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
- 3) sottoporsi anche in fase di ricovero a eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia o dai suoi incaricati, fornendo alla stessa ogni informazione ritenuta utile;
- 4) fornire delega scritta alla Compagnia al fine di poter verificare l'esistenza in vita dell'Assicurato;
- 5) fornire certificato del medico curante o medico ospedaliero che documenti lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, precisando la data di inizio e la causa che lo ha determinato;
- 6) in caso di perdita delle capacità cognitive, fornire gli esiti di un accertamento diagnostico comprendente l'esito di un test di valutazione delle funzioni cognitive (ad esempio test di MMS di Folstein)

Le spese relative a certificati medici e altre documentazioni mediche richieste dalla Compagnia o dai suoi incaricati sono a carico dell'Assicurato.

Articolo 6.15 | Fase d'istruttoria

Al fine del riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Compagnia, la stessa si impegna a rispettare le seguenti procedure di gestione:

- entro 20 giorni dal ricevimento della denuncia da parte dell'Assicurato, ovvero da parte di un suo rappresentante allo scopo delegato, la Compagnia invia il questionario da compilare e la richiesta di ulteriore documentazione medica ove necessario;
- entro 60 giorni dal ricevimento del questionario e della documentazione medica esaustiva, la Compagnia, ove lo ritenga necessario, si impegna a sottoporre l'Assicurato a visita;
- entro 120 giorni dal ricevimento del questionario, indipendentemente dal fatto che sia stata o meno richiesta la visita, la Compagnia si impegna a fornire riscontro all'Assicurato in merito al riconoscimento o meno della non autosufficienza.

Articolo 6.16 | Riconoscimento dello stato di non autosufficienza

La Compagnia provvede a formalizzare per iscritto all'Assicurato, o alla persona che lo rappresenta, il riconoscimento dello stato di non autosufficienza entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa. Durante la fase di accertamento, la Compagnia si riserva il diritto di accertare lo stato di non autosufficienza con i propri medici fiduciari, i cui costi saranno a suo totale carico.

Nel caso di rifiuto del riconoscimento dello stato di non autosufficienza ogni nuova richiesta formulata dall'Assicurato deve essere effettuata non prima del termine di un minimo di tre mesi a decorrere dalla data di notifica del rifiuto, con riserva di presentare nuovi elementi attestanti lo stato di non autosufficienza.

Articolo 6.17 | Erogazione delle prestazioni

L'indennità risarcitoria una tantum viene erogata trascorsi 90 giorni dalla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza. La Compagnia, unitamente alla comunicazione con cui dichiara lo stato di non autosufficienza, richiede all'Assicurato o al suo rappresentante, le coordinate bancarie sulle quali procedere al pagamento dell'indennizzo.

Grandi Interventi

AVVERTENZA

Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri la Compagnia si avvale di Strutture Operative esterne.

Articolo 6.18 | Denuncia del danno e obblighi dell'Assicurato

L'Assicurato deve presentare la denuncia del Sinistro alla struttura atta alla gestione dei Sinistri ed individuata in MyAssistance, così come meglio spiegato negli articoli che seguono, secondo le modalità ivi previste entro 3 giorni da quando lo stesso ne ha avuto conoscenza.

L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire la visita di medici della Compagnia e a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso; devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della copia della cartella clinica e ulteriore documentazione utile richiesta dalla Compagnia.

Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

Colui che richiede l'indennizzo deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto.

Se dolosamente non viene adempiuto agli obblighi previsti dal presente articolo, l'Assicurato perde il diritto all'indennizzo; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Compagnia ha il diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

Si precisa in ogni caso che, sia per la prestazione diretta che per la prestazione indiretta, il costo delle eventuali traduzioni relative alla documentazione medica presentata dall'Assicurato, sono a totale carico dello stesso.

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

Si precisa in ogni caso che, sia per la prestazione diretta che per la prestazione indiretta, il costo delle eventuali traduzioni relative alla documentazione medica presentata dall'Assicurato, sono a totale carico dello stesso.

Nel rispetto delle garanzie di polizza, gli Assicurati possono usufruire delle prestazioni sanitarie mediante tre modalità:

- **Forma Diretta:** l'Assicurato usufruisce delle prestazioni sanitarie presso uno delle strutture convenzionate (i.e., Network Convenzionato) con la Compagnia. In questo caso, se il costo delle prestazioni è compreso nei limiti e nei massimali previsti in polizza, l'Assicurato non effettua alcun pagamento alla Struttura sanitaria appartenente al Network Convenzionato al netto di eventuali scoperti o minimi indennizzabili. **Se il costo delle prestazioni supera il limite e i massimali previsti dalla polizza l'Assicurato deve pagare alla Struttura Sanitaria appartenente al Network Convenzionato esclusivamente la differenza tra il costo delle prestazioni e quanto previsto dalla polizza oltre eventuali scoperti e/o minimi non indennizzabili.**
- **Forma Indiretta:** l'Assicurato invia le ricevute che attestano le spese sanitarie sostenute presso una qualsiasi struttura sanitaria non convenzionata con la Compagnia. Qualora ne sussistano i presupposti, l'Assicurato riceverà il rimborso delle predette spese (nei limiti e nei massimali previsti in Polizza) mediante bonifico bancario, per il tramite della Compagnia.
- **Forma Mista:** tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private) convenzionate con MyAssistance e medici chirurghi o professionisti abilitati (anche in regime di intramoenia) non convenzionati.

Art. 6.19 | Forma Diretta

- Scelta della Struttura Sanitaria e della équipe medico/chirurgica di fiducia

L'Assicurato individua la struttura sanitaria convenzionata più adatta alle proprie esigenze consultando l'elenco delle strutture convenzionate tramite il sito www.myassistance.it oppure, se in possesso delle credenziali (login e password), entrando nella area riservata tramite il sito: <https://app.myassistance.eu> oppure contattando:

LA CENTRALE OPERATIVA

attiva dal lunedì al venerdì (feriali) dalle 8.30 alle 18.00 ai seguenti numeri telefonici:

Dall'Italia: Numero Verde: 800.701.121

Da Cellulare o dall'estero: Numero: +39 02 303500323

In caso di intervento chirurgico, la Centrale Operativa verifica presso la struttura sanitaria che anche l'équipe medica/chirurgica sia convenzionata e che la prestazione richiesta sia indennizzabile a termini di Convenzione. Qualora l'équipe medica/chirurgica non sia convenzionata, la Centrale Operativa autorizzerà le spese riferite alla Casa di Cura prescelta, mentre gli onorari dell'équipe medico/chirurgica verranno saldati direttamente dall'Assicurato all'atto delle dimissioni, salvo successivo rimborso da parte della Società secondo quanto previsto dalla presente Convenzione.

- RICHIESTA DI PRESTAZIONE IN FORMA DIRETTA

Prima di accedere alla struttura sanitaria e comunque con un preavviso di almeno:

3 giorni lavorativi in caso di Ricovero Ospedaliero

2 giorni lavorativi per le ulteriori prestazioni

(salvo i casi di comprovata urgenza) **l'Assicurato deve sempre contattare la centrale operativa inviando a mezzo:**

@mail: sinistri.harmonie@myassistance.it

o fax: +39 02 871.819.75

la prescrizione del medico, indicante la diagnosi di malattia accertata o presunta, la data di insorgenza, la prestazione richiesta, e l'indicazione del Centro Sanitario prescelto, del giorno e dell'ora dell'appuntamento.

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

La Centrale Operativa provvederà alla raccolta di tutte le informazioni indispensabili per la gestione della richiesta richiedendo altresì, se necessario, l'invio di documentazione medica utile alla corretta valutazione del caso. Dopo aver effettuato le opportune verifiche, comunicherà all'Assicurato la conferma dell'avvenuta autorizzazione all'Assistenza Diretta.

Successivamente provvederà all'invio del documento di presa in carico al Centro Sanitario interessato, con copia all'Assicurato.

L'Assicurato si recherà quindi all'appuntamento pagando il costo previsto a suo carico, mentre la restante parte verrà saldata dalla Compagnia direttamente al Centro Sanitario.

Qualora non fosse possibile autorizzare l'Assistenza Diretta con la sola documentazione medica inoltrata, la Centrale Operativa potrà richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali oppure, negare l'autorizzazione all'Assistenza Diretta.

- ACCETTAZIONE PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA

Al momento dell'ingresso nella struttura, l'Assicurato deve firmare per accettazione il Modulo di presa in carico nel quale vengono indicati gli eventuali importi (scoperti, franchigie ecc.) o tipologie di spese che rimangono a termini di polizza a suo carico e che quindi lo stesso dovrà saldare direttamente all'atto della dimissione.

Per le prestazioni fuori ricovero l'Assicurato dovrà presentarsi presso il Centro Convenzionato munito di richiesta del proprio medico curante, indicante la prestazione da effettuare e la patologia sofferta.

L'Assicurato prende atto del fatto che l'Istituto di Cura, all'atto della dimissione, invierà a MyAssistance tutta la documentazione sanitaria inerente al ricovero, con particolare riguardo alla copia della cartella clinica e ai documenti fiscali (fatture, parcelle, etc.) affinché quest'ultima possa provvedere alla valutazione e alla successiva liquidazione diretta delle somme dovute.

Altri titoli di spesa, per i quali l'Assicurato abbia diritto al rimborso ai sensi delle condizioni di polizza dovranno essere inviati dall'Assicurato stesso a MyAssistance che provvederà alla relativa liquidazione. In tutti i casi in cui per qualsivoglia motivo non fosse operante la Polizza per il pagamento diretto da parte della Compagnia delle spese di cura e ricovero, l'assistenza sarà prestata in forma indiretta.

Qualora da controlli amministrativi successivi, risultasse che la Copertura Sanitaria non sia attiva per l'annualità in corso oppure, risultasse la mancanza della regolarità amministrativa della polizza o della singola posizione, l'Assicurato dovrà saldare personalmente alla Struttura Sanitaria TUTTE le spese sostenute anche se precedentemente autorizzate in regime di Assistenza Diretta.

Articolo 6.20 | Forma Indiretta

Qualora non ci si avvalga dei Servizi Convenzionati con la Compagnia o non si sia concordato preventivamente con la centrale operativa l'attivazione dell'Assistenza Diretta con le modalità indicate, la Compagnia effettua il rimborso delle prestazioni all'Assicurato, secondo i limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di Assicurazione.

La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto per singolo evento a cura ultimata e dietro presentazione, in copia ed unitamente al modulo di richiesta di rimborso opportunamente predisposto, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, accompagnate, in caso di ricovero, dalla cartella clinica completa.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato e il rimborso avviene in favore dell'Assicurato stesso o degli eredi legittimi previa presentazione dell'atto notorio e di iban cointestato agli eredi del de cuius. In caso di presenza di minori eredi risulta necessario, inoltre, ricevere l'ordinanza del Giudice Tutelare.

Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte ed effettuate da medico, corredate dalla relativa diagnosi/presunta diagnosi, nonché fatturate da un Istituto di Cura, da uno studio medico, da medico specialista e/o da personale abilitato ad effettuare le prestazioni prescritte.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato entro 30 giorni lavorativi a partire dalla data di ricevimento della necessaria documentazione medica e delle relative notule e fatture in copia, come soprariportato, pervenuta per il tramite del Broker o portale Web.

Per richiedere alla Compagnia il rimborso delle spese sanitarie pagate direttamente, nei limiti e nei massimali previsti dalla copertura assicurativa, l'Assicurato potrà procedere:

in modalità cartacea:

inviando, l'apposito modulo e ai relativi documenti indicati al paragrafo precedente, al seguente indirizzo:

MyAssistance
Via delle Tuberose, 14 20146 Milano (MI)

in modalità digitale:

dovrà accedere alla propria **area riservata** sul portale web di MyAssistance.

Le richieste acquisite perverranno direttamente alla Compagnia che procederà alla valutazione dei rimborsi dovuti secondo le condizioni di Convenzione.

Il rimborso delle spese avverrà esclusivamente mediante bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN comunicate dall'Assicurato.

In caso di spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia; la relativa documentazione dovrà essere prodotta dall'Assicurato corredata da traduzione in lingua italiana, a totale carico dello stesso.

Articolo 6.21 | Forma Mista

La Compagnia paga direttamente alla struttura sanitaria convenzionata la componente di spesa indennizzabile a termini di Convenzione relativa alla struttura sanitaria, al netto di scoperti e/o franchigie indicati nel Certificato di Polizza, che rimangono a carico dell'Assicurato. **L'Assicurato, invece, sostiene in proprio la componente di spesa relativa ai medici o professionisti abilitati non convenzionati richiedendone successivamente il rimborso alla Compagnia.**

Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private) convenzionate con MyAssistance e medici chirurghi o professionisti abilitati (anche in regime di intramoenia) non convenzionati.

Articolo 6.22 | Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extra ricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate sulla base dei limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di assicurazione e secondo le modalità indicate ai precedenti punti forma diretta, forma indiretta e forma mista.

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all'originale.

Articolo 6.23 | Pagamento dell'indennizzo e Richiesta di rimborso tramite upload

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, entro 30 giorni dalla data di presentazione della documentazione completa richiesta dalla Compagnia.

Il pagamento delle richieste di rimborso avverrà solo tramite bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN fornite dall'Assicurato. Le liquidazioni dei danni vengono effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

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

L'Assicurato, in possesso delle credenziali (login e password), potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.myassistance.it.

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Compagnia si riserva di effettuare, con i medici e con le strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza.

Articolo 6.24 | Gestione della documentazione di spesa

- Prestazioni in strutture sanitarie Convenzionate con la Compagnia:

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Compagnia effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

- Prestazioni in strutture sanitarie Non Convenzionate con la Compagnia:

La documentazione di spesa ricevuta dalla Compagnia in copia fotostatica viene conservata e allegata ai Sinistri come previsto per legge mentre – qualora la Compagnia dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – si restituirà all'Assicurato, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

La Compagnia, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede a mettere a disposizione degli interessati, per il tramite della propria AREA RISERVATA:

un riepilogo delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e valutate nel corso del mese;

un riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

Articolo 6.25 | Controversie sulla valutazione del danno

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del Sinistro o sulla misura degli Indennizzi si potrà procedere, su accordo tra le Parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, mediante arbitrato di un Collegio Medico. I due primi componenti del Collegio sono designati dalle Parti e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio Medico. Il Collegio Medico risiede nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art 6.26 | Termini di prescrizione

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

OPZIONE A		
GARANZIA	SOMMA ASSICURATA (€)	PREMIO LORDO (€)
Sezione 2 Morte Accidentale	85.000,00	180,00
Sezione 2 Invalidità Permanente da Infortunio	85.000,00	
Sezione 3 Invalidità Permanente da Malattia	50.000,00	
Sezione 4 Perdita di Autosufficienza	10.000,00	
GARANZIA FACOLTATIVA	SOMMA ASSICURATA (€)	PREMIO LORDO (€)
Sezione 5 Grandi Interventi	100.000,00	70,00

OPZIONE B		
GARANZIA	SOMMA ASSICURATA (€)	PREMIO LORDO (€)
Sezione 2 Morte Accidentale	150.000,00	290,00
Sezione 2 Invalidità Permanente da Infortunio	150.000,00	
Sezione 3 Invalidità Permanente da Malattia	80.000,00	
Sezione 4 Perdita di Autosufficienza	15.000,00	
GARANZIA FACOLTATIVA	SOMMA ASSICURATA (€)	PREMIO LORDO (€)
Sezione 5 Grandi Interventi	100.000,00	70,00

OPZIONE C		
GARANZIA	SOMMA ASSICURATA (€)	PREMIO LORDO (€)
Sezione 2 Morte Accidentale	170.000,00	370,00
Sezione 2 Invalidità Permanente da Infortunio	170.000,00	
Sezione 3 Invalidità Permanente da Malattia	125.000,00	
Sezione 4 Perdita di Autosufficienza	20.000,00	
GARANZIA FACOLTATIVA	SOMMA ASSICURATA (€)	PREMIO LORDO (€)
Sezione 5 Grandi Interventi	100.000,00	70,00

Modulo di Adesione

A | DATI ASSICURANDO/ASSICURATO

Nome _____ Cognome _____ Data di Nascita ____|____|____
 Indirizzo _____ C.F. _____
 Tessera FABI # _____
 Situazione Professionale ☐ In attività ☐ In pensione / Pre pensionamento ☐ Altro _____

B | OPZIONE DI COPERTURA

Indicare ☐ Opzione A ☐ Opzione B ☐ Opzione C
 Garanzia Facoltativa | Grandi Interventi ☐ SI ☐ NO

C | QUESTIONARIO AUTOSUFFICIENZA (in caso di risposte affermative, fornire evidenze da parte del Medico Curante)

- 1 | Soffre o ha sofferto una delle affezioni qui sottoindicate:
- **Cardiovascolare:** Ictus, insufficienza coronarica, infarto del miocardio, insufficienza cardiaca, malattia valvolare cardiaca, malattia delle arterie ☐ SI ☐ NO
 - **Neurologiche:** morbo di Parkinson, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, sclerosi a placche, psicosi, ritardo mentale, disturbi della memoria, disturbi dell'equilibrio, paralisi, miopatia ☐ SI ☐ NO
 - **Malattie croniche:** diabete, malattie del fegato e cirrosi, insufficienza respiratoria o renale, poliartrite reumatoide, sclerodermia, lupus eritematoso disseminato, periarterite nodosa ☐ SI ☐ NO
 - **Tumore maligno** ☐ SI ☐ NO
- 2 | Beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche e/o rare oppure ha fatto richiesta per ottenerla o Le viene o Le è stata riconosciuta una pensione di Invalidità pari o superiore al 10% oppure ha già fatto richiesta per la pensione di invalidità? ☐ SI ☐ NO
- 3 | È stato ricoverato almeno 5 giorni consecutivi, negli ultimi 5 anni, per un motivo diverso da colecistectomia delle vie biliari, ernia inguinale, appendicectomia, emorroidectomia o varicectomia? ☐ SI ☐ NO
- 4 | Negli ultimi 5 anni, è stato sottoposto a terapie di durata superiore a 3 settimane (con farmaci, kinesiterapia, psicoterapia, altro) per affezioni diverse da ipercolesterolemia, malattie della tiroide o menopausa? ☐ SI ☐ NO
- 5 | Deve sottoporsi a breve ad analisi cliniche, ad un trattamento farmacologico, ad un intervento chirurgico od essere ricoverato in ospedale? ☐ SI ☐ NO

L'Assicurando dichiara, ai sensi degli artt. 1892 e 1893 del C.C., che le notizie contenute nel presente questionario, da Lui/Lei rese in collaborazione con il medico curante, sono conformi a verità, non avendo sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.

Autorizzo la Vostra Società a comunicare queste informazioni a chi di dovere, riassicuratori ed organismi professionali abilitati; ho il diritto di accedervi e rettificarle presso la Vostra Società-

Harmonie mutuelle Italia

Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano | 08186860964
 REA | MI-2008684 – Codice IVASS Impresa | D915R – N° di iscrizione IVASS | L00114
 @mail | info@harmoniemutuelleitalia.it – Website | www.harmonie-mutuelle-italia.it

Pag. 47 a 57

Luogo e Data

Firma

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - (Art.13 e 14 Reg.EU 679/2016)

A far corso dal 25 maggio 2018 è applicabile il Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali. La nostra Società in qualità di Titolare del trattamento, come prescritto dalla normativa europea per la tutela dei dati personali (Regolamento Europeo 679/2016), desidera informarla che, al fine di fornire i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti, i dati personali saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti:

1. Titolare del Trattamento

Il Titolare del trattamento, ovvero il soggetto cui spettano le decisioni riguardo alle finalità, modalità e sicurezza dei dati personali, è Harmonie Mutuelle, stabilimento italiano, Via San Gregorio 48, 20124 Milano, tel. 02.99371043, fax 02.99371044, e-mail: privacy@harmoniemutuelleitalia.it

2. Responsabile per la protezione dei dati personali

Il Responsabile per la protezione dei dati, altresì noto con l'acronimo DPO, sorveglia il rispetto della normativa in materia di dati personali e coopera con l'autorità di controllo (il Garante per la Protezione dei Dati Personali). Il nostro responsabile per la protezione dei dati personali è raggiungibile:

- Per e-mail all'indirizzo dpo@harmoniemutuelleitalia.it;
- Per posta cartacea all'indirizzo Harmonie Mutuelle Italia, Att.ne Responsabile della Protezione dei Dati, Via San Gregorio 48, 20124 Milano;
- Fisicamente, previo appuntamento, presso gli uffici in Via San Gregorio 48, 20124 Milano.

3. Finalità e basi giuridiche del trattamento.

I dati personali che lei ci fornirà e che saranno raccolti nel corso dell'erogazione dei servizi da lei richiesti saranno trattati per le finalità e secondo le basi giuridiche di seguito indicate:

FINALITÀ <i>(Perché trattiamo i suoi dati)</i>	BASE GIURIDICA <i>(Sulla base di quale disposizione di legge li trattiamo.)</i>	CONSEGUENZE IN CASO DI RIFIUTO AL TRATTAMENTO <i>(Cosa accade se lei rifiuta di conferire i dati personali e/o di autorizzare il trattamento)</i>
Per espletare le attività contrattuali di cui alla legge 792/84, nella loro gestione ed esecuzione.	Limitatamente ai dati personali che non appartengono a categorie particolari (es. dati sulla salute): art. 6 par.1 lett. b) "il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte". Riguardo ai dati particolari: art. 9 par. 2 lett. a) "L'interessato ha prestato il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per le finalità specifiche indicate a lato".	Per quanto riguarda il trattamento dei dati non appartenenti a categorie particolari non occorre il consenso, mentre invece per il trattamento dei dati appartenenti a categorie particolari occorre l'esplicito consenso dell'assicurato. Nel caso in cui l'assicurato rifiuti di conferire i propri dati personali non sarà possibile dare esecuzione al contratto sottoscritto a suo favore. Qualora l'assicurato rifiutasse di prestare il consenso al trattamento dei dati particolari, poiché tali informazioni sono necessarie ai fini contrattuali, non sarà possibile procedere alla gestione dei sinistri. Infine, in caso di revoca del consenso al trattamento dei dati particolari da parte

		dell'assicurato, non si potrà proseguire il contratto nei suoi confronti.
--	--	---

FINALITÀ <i>(Perché trattiamo i suoi dati)</i>	BASE GIURIDICA <i>(Sulla base di quale disposizione di legge li trattiamo.)</i>	CONSEGUENZE IN CASO DI RIFIUTO AL TRATTAMENTO <i>(Cosa accade se lei rifiuta di conferire i dati personali e/o di autorizzare il trattamento)</i>
Per svolgere gli adempimenti amministrativi, contabili, fiscali, antiriciclaggio relativi alle prestazioni di cui alla superiore finalità.	Limitatamente ai dati che non appartengono a categorie particolari (p.es. dati sulla salute); art. 6 par.1 lett. c) "il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento".	Non occorre il consenso, tuttavia se l'assicurato rifiuta di conferire i suoi dati personali essendo tali adempimenti necessari per legge non sarà possibile dare esecuzione al contratto sottoscritto a suo favore.
Per finalità di rilevazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche, promozione e vendita di servizi e/o prodotti svolte per posta o telefono, con sistemi anche automatizzati, e-mail, fax, messaggi preregistrati e SMS, ed analisi dei prodotti e servizi richiesti.	Art. 6 par. 1 lett. f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nel miglioramento dei servizi e nella promozione dei propri servizi".	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.
Per la gestione di eventuali reclami.	Art. 6 par. 1 lett. f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nella gestione della Procedura per la gestione dei reclami".	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.
Per la prevenzione delle frodi.	Art. 6 par. 1 lett. f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nel prevenire frodi assicurative".	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.

4. Destinatari e categorie di dati trattati.

I dati personali acquisiti alla sottoscrizione del contratto e nel corso della prestazione saranno trattati esclusivamente da personale all'uopo autorizzato da responsabili del trattamento all'uopo designati. Per la gestione di alcuni contratti, Harmonie Mutuelle, oltre che ai propri collaboratori, può affidarsi a collaboratori esterni e a società partner nonché a strutture sanitarie e professionisti del settore convenzionati e ripartiti su tutto il territorio italiano.

Oltre ai soggetti legittimati per legge, i dati personali dell'assicurato potranno essere comunicati esclusivamente a quei soggetti cui l'assicurato stesso ci autorizza. In particolare, per le finalità sotto espresse vengono effettuate le seguenti comunicazioni.

FINALITÀ	CATEGORIA DI DATI	DESTINATARI
Per lo svolgimento di attività connesse alla erogazione dei servizi oggetto del contratto.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Persone fisiche o giuridiche delle quali la società si avvale quali responsabili del trattamento.
Per la formulazione di pareri.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Medici legali, Consulenti Medici.
Per adempimenti connessi al rapporto assicurativo.	Identificativi, dati contrattuali.	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.

FINALITÀ	CATEGORIA DI DATI	DESTINATARI
Per la prevenzione di frodi o per la gestione di contenziosi.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Legali, investigatori e periti.

FINALITÀ	CATEGORIA DI DATI	DESTINATARI
Per adempimenti connessi al rapporto assicurativo.	Identificativi, dati contrattuali.	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 consorzi propri del settore assicurativo.
Per soddisfare obblighi di legge.	Identificativi, dati contrattuali.	IVASS ed altre pubbliche amministrazioni, in particolare Agenzia delle Entrate.

5. Trasferimento all'estero

I dati personali dell'assicurato non sono trasferiti al di fuori dell'Unione Europea.

6. Periodo di conservazione dei dati personali e criteri utilizzati

I dati personali oggetto di trattamento sono raccolti in documenti la cui conservazione è stabilita coerentemente alle finalità di trattamento come sotto riepilogato.

CATEGORIE DI DOCUMENTI	CRITERI PER DETERMINARE LA DURATA DELLA CONSERVAZIONE
Documentazione contrattuale.	Sarà conservata per 10 anni a decorrere dalla data di cessazione del contratto, salvo proroghe dovute ad esempio all'esercizio del diritto di limitazione ovvero per contenziosi in corso.
Documentazione contabile e fiscale ed amministrativa.	Sarà conservata per 10 anni a decorrere dalla data di emissione del documento, salvo proroghe dovute per esempio a contenziosi in corso o proroghe dei termini di accertamento.

7. Diritti dell'interessato.

Il Regolamento riconosce all'assicurato i seguenti diritti che lei può esercitare nei confronti di e contro ciascun titolare.

Un estratto completo degli articoli di legge che seguono è riportato in allegato.

- Diritto di accesso: L'art.15 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento dati che la riguarda ed in tal caso di ottenere l'accesso a tali dati.
- Diritto di rettifica: L'art. 16 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che la riguardano senza ingiustificato ritardo. Tenuto conto delle finalità del trattamento, l'interessato ha il diritto di ottenere l'integrazione dei dati personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa.
- Diritto di cancellazione: L'art. 17 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che la riguardano senza ingiustificato ritardo se sussiste uno dei motivi previsti dalla norma.
- Diritto di limitazione: L'art. 18 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dalla norma.
- Diritto di opposizione: L'art. 21 del Regolamento Europeo le consente di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che la riguardano ai sensi dell'articolo 6, paragrafo 1, lettere e) o f), compresa la profilazione sulla base di tali disposizioni.
- Diritto alla portabilità: L'art. 20 del Regolamento Europeo le consente di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che la riguardano forniti a un titolare del trattamento e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti secondo le condizioni previste dalla norma
- Diritto di revoca del consenso: L'art. 7 del Regolamento Europeo le consente di revocare il consenso da lei prestato in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.
- Diritto di reclamo: L'art. 77 del Regolamento Europeo, qualora lei ritenga che il trattamento che la riguarda violi il regolamento, le riconosce il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui lei risiede abitualmente, lavora oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione.

8. Ulteriori informazioni

Un estratto completo degli articoli di legge sopra richiamati è disponibile presso l'Ufficio del DPO.

Tale ufficio potrà fornirle tutte le spiegazioni di cui lei avesse bisogno riguardo l'esercizio dei suoi diritti; le richieste possono essere inoltrate per iscritto, corredate da un documento valido di riconoscimento, presso Harmonie Mutuelle, all'attenzione dell'Ufficio del DPO.

9. Collaborazione

La protezione dei dati che riguardano l'assicurato e il rispetto dei principi previsti dalla normativa, con particolare riferimento al principio di trasparenza, sono per noi valori di primaria importanza; le saremo grati se vorrà aiutarci segnalandoci eventuali incomprensioni del presente documento ovvero suggerendoci miglioramenti presso i riferimenti del titolare come sopra indicato.

INFORMATIVA SULL'USO DELLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA PER LE INFORMAZIONI PRECONTRATTUALI E LA GESTIONE DEI CONTRATTI ASSICURATIVI

In conformità alla normativa vigente assicurativa, la nostra Società ha necessità di raccogliere il suo consenso ad inviarle, in formato elettronico ed al contatto da lei indicato in anagrafica, la documentazione e le comunicazioni, precontrattuali e contrattuali, previste dalla normativa e funzionali alla gestione dei servizi richiesti. In mancanza di tale consenso, le invieremo tali comunicazioni obbligatorie in formato cartaceo. Tale consenso fa riferimento a tutti i contratti stipulati con la nostra Compagnia e potrà da essere revocato liberamente in qualsiasi momento.

FACSIMILE DI RECLAMO ALL'IMPRESA

ALLEGATO 2

Harmonie Mutuelle Italia
Ufficio Reclami
Via San Gregorio, 48
20124 MILANO
Fax n.: 02 99 37 10 44
Email : ufficioreclami@harmoniemutuelleitalia.it
e.p.c. sinistri@coverallagency.it

Reclamo relativo a: polizza n. xxx.xxx e/o sinistro n. del.....

Assicurato:

Il sottoscritto (indicare nome, cognome, domicilio e recapito telefonico di colui che propone il reclamo sia che si tratti del soggetto direttamente interessato sia che si tratti di soggetto che agisce su incarico del reclamante*)

reclama quanto segue

(descrivere il motivo del reclamo ossia la condotta o il servizio oggetto di lamentela e tutte le circostanze utili per la valutazione).

In relazione a quanto sopra chiede all'impresa di assicurazione in indirizzo di..... (esplicitare le richieste che si vogliono proporre all'impresa ed eventuali argomentazioni a sostegno delle stesse).

Si allega(produrre la documentazione utile e necessaria a valutare la condotta o il servizio oggetto di lamentela).

Si resta in attesa di riscontro entro 45 giorni dal provvedimento della presente (Regolamento Isvap 24/08)

Data

Firma (del soggetto che propone il reclamo)

** In quest'ultimo caso è necessaria la controfirma del reclamo da parte del soggetto interessato per consentire l'immediata trattazione delle eventuali informazioni riservate della persona nel cui interesse si propone il reclamo.*

Harmonie mutuelle Italia

Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano | 08186860964
REA | MI-2008684 – Codice IVASS Impresa | D915R – N° di iscrizione IVASS | L00114
@mail | info@harmoniemutuelleitalia.it – Website | www.harmonie-mutuelle-italia.it

Pag. 56 a 57

