

Polizza Salute

Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo (DIP Danni)

Compagnia: Banco BPM Assicurazioni S.p.A. - Prodotto: TCURA

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza multigaranzia di tipo individuale è rivolta sia alle persone fisiche che a quelle giuridiche che siano correntisti della Banca distributrice e che siano interessati a tutelare l'Assicurato dai rischi malattia e infortuni.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Rimborso spese per ricovero con o senza intervento chirurgico (garanzia offerta in tutte le formule)
 - ✓ Spese sostenute durante il ricovero, anche in day-hospital e day-surgery, purché connesse ad esso e sostenute dall'Assicurato nei 90 giorni precedenti e, per le diverse prestazioni indicate nelle Condizioni di Assicurazione, le spese sostenute dall'Assicurato nei 90 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi al ricovero;
 - ✓ Spese sostenute dall'Assicurato per parto (naturale, cesareo e aborto terapeutico) e le cure al feto e al neonato;
 - ✓ Indennità sostitutiva in caso di ricovero o intervento chirurgico superiore a 2 giorni e totalmente a carico del SSN solo se l'Assicurato e la Compagnia non sostengano alcuna spesa;
 - ✓ Indennizzo forfettario qualora l'Assicurato contragga l'AIDS nel periodo di validità del contratto. A fronte di ciò, la polizza cessa automaticamente;
 - ✓ Prestazioni speciali quali:
 - Adattamento autovettura e Adattamento abitazione qualora una malattia o un infortunio indennizzabili ai sensi di polizza comportino un grado di invalidità permanente superiore al 66%;
 - Perdita anno scolastico qualora una malattia o un infortunio indennizzabili ai sensi di polizza comportino un grado di invalidità permanente superiore al 24% che determini l'impossibilità per l'Assicurato alla frequenza delle lezioni e quindi la perdita dell'anno scolastico.
- ✓ Assistenza (garanzia offerta in tutte le formule)
Prestazione di aiuto nel caso di difficoltà a seguito di un evento tra quelli previsti in polizza.
- ✓ Tutela legale (garanzia offerta in tutte le formule)
Spese sostenute dall'Assicurato per la richiesta di risarcimento danni dovuti a malpractice medica, a vertenze con istituti o enti pubblici di assicurazione e a ricorsi avverso la pubblica amministrazione.
- ✓ Diaria da ricovero e da convalescenza (garanzia offerta solo nella formula Up)
Indennità giornaliera qualora una malattia o un

infortunio renda necessario il ricovero in Istituto di cura (Diaria da ricovero).

È altresì prevista un'indennità supplementare (Diaria da convalescenza), qualora, in seguito ad un ricovero indennizzabile a termini di polizza con una durata superiore a 10 giorni, venga prescritto un ulteriore periodo di convalescenza.

- ✓ Alta diagnostica (garanzia offerta solo nella formula Up)
Spese extra ricovero sostenute dall'Assicurato per le prestazioni elencate nelle Condizioni di Assicurazione.
- ✓ Cure oncologiche (garanzia offerta solo nella formula Up)
Spese sostenute dall'Assicurato per le prestazioni indicate nelle Condizioni di Assicurazione, rese necessarie da patologia oncologica e in assenza di ricovero.
- ✓ Visite mediche (garanzia offerta solo nella formula Up)
Spese sostenute dall'Assicurato per onorari per visite specialistiche o per consulti resi necessari da malattia, anche extra ricovero.



Che cosa non è assicurato?

Non sono in copertura:

- ✗ le persone di età superiore a 65 anni;
- ✗ le persone affette da diabete, alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, psicosi in genere;
- ✗ le persone che svolgano attività professionali considerate pericolose, quali per esempio: missionario, guardia giurata, guardia campestre, guardia forestale, custode notturno armato, portavalori, vigile del fuoco, armaiolo, minatore, speleologo, guida alpina, sportivo professionista, fantino, palombaro, sommozzatore, stuntman, attività circense, attività a contatto con esplosivi o materiale pirotecnico, Forze Armate e dell'Ordine.



Ci sono limiti di copertura?

Di seguito le esclusioni principali:

- ! preesistenze e/o conseguenze derivanti da infortuni e malattie;
- ! guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'assicurato è privo di abilitazione e/o sotto l'influenza dell'alcool con alcolemia superiore al limite previsto dalla normativa vigente;
- ! lo stato di alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
- ! i delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, atti di autolesionismo, suicidio, tentato suicidio;
- ! la guida di mezzi subacquei;
- ! i viaggi aerei in qualità di passeggero effettuati su aeromobili diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri;
- ! i viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, di allievo pilota o qualunque altro membro dell'equipaggio;
- ! la pratica di attività sportive a livello professionistico, oppure quando a tali attività sportive sia dedicato impegno temporale prevalente rispetto a qualsiasi altra occupazione;
- ! la pratica di paracadutismo e sport aerei in genere, anche in qualità di passeggero (deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili);
- ! la pratica di bungee jumping e partecipazione a gare e/o prove motoristiche e motonautiche, compresi i liberi accessi a circuiti;
- ! la partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche);
- ! la pratica di una serie di discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo (a titolo esemplificativo: lotta e arti marziali nelle loro forme, pugilato, kitesurf, rafting, sci acrobatico);
- ! malattie e stati patologici noti e/o diagnosticati all'Assicurato e non dichiarati, con dolo o colpa grave;
- ! cure dentarie quali: paradontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche e visite dentistiche.



Dove vale la copertura?

- ✓ Per la sola garanzia Assistenza, le prestazioni sono operanti esclusivamente in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.
- ✓ Per la sola garanzia Tutele legale, le prestazioni relative a "malpractice medica" sono operanti in Unione Europea, Regno Unito, Svizzera, Liechtenstein, Principato di Monaco, Principato di Andorra, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino; le prestazioni relative a "istituti o enti pubblici di assicurazioni" e "ricorsi avverso la Pubblica Amministrazione" sono operanti in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano, se in questi paesi avviene il sinistro e si trova l'ufficio giudiziario competente.
- ✓ Per tutte le altre garanzie l'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

È fatto d'obbligo:

- rispondere a tutte le domande del Questionario sanitario;
- effettuare dichiarazioni veritiere, corrette e complete;
- in caso di sinistro, denunciarlo tempestivamente, inviando la documentazione necessaria per la sua definizione.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio possono compromettere il diritto a ricevere la prestazione.



Quando e come devo pagare?

Il pagamento del premio è eseguito in via anticipata annualmente mediante addebito dell'importo stabilito sul conto corrente che il Contraente intrattiene con la Banca distributrice; è comunque data facoltà al Contraente di optare per il frazionamento mensile del premio, per una rata di premio lordo di importo non inferiore a 10 euro.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio.

La polizza ha durata annuale e prevede il tacito rinnovo a scadenza, salvo il caso di disdetta.

In caso di vendita a distanza e a condizione che non siano stati denunciati sinistri, il Contraente ha diritto di recedere dal contratto entro 14 giorni dalla decorrenza.



Come posso disdire la polizza?

La disdetta deve essere comunicata alla Compagnia almeno 30 giorni prima della scadenza annuale tramite lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata.

Assicurazione Salute



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

**Impresa: Banco BPM Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: TCURA**

**Il presente DIP Aggiuntivo Danni è stato realizzato in data 09/2022
ed è l'ultimo disponibile**

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Banco BPM Assicurazioni S.p.A. Via Massaua 6; 20146; Milano.

Tel. (+39) 02 72235.081; Sito internet: www.bancobpmassicurazioni.it; E-mail: info@bancobpmassicurazioni.it

PEC: comunicazioni@pec.bancobpmassicurazioni.it

Banco BPM Assicurazioni S.p.A., società soggetta alla direzione e coordinamento di Banco BPM Vita S.p.A., appartenente al Gruppo Assicurativo Banco BPM Vita (a sua volta appartenente al più ampio Gruppo Banco BPM), iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione al n. 1.00177, è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimenti ISVAP n. 2860 del 22 dicembre 2010, 2964 del 22 febbraio 2012 e n. 3023 del 19 novembre 2012.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio redatto ai sensi dell'articolo 91 del CAP, il patrimonio netto di Banco BPM Assicurazioni S.p.A. è pari a € 33.284.029 di cui il capitale sociale ammonta a € 22.000.000 e il totale delle riserve patrimoniali a € 6.206.679. Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR) di cui all'articolo 47-septies del CAP, disponibile sul sito internet dell'Impresa all'indirizzo www.bancobpmassicurazioni.it. Il requisito patrimoniale di solvibilità dell'Impresa alla fine del periodo di riferimento è pari a € 17.001.914; il requisito patrimoniale minimo di solvibilità dell'Impresa alla fine del periodo di riferimento è pari a € 4.250.479; i fondi propri ammissibili alla loro copertura sono pari a € 44.656.643; il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) è pari a 262,66%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Questa polizza prevede alcune garanzie obbligatorie (Rimborso spese per ricovero con o senza intervento chirurgico, Assistenza e Tutela legale) e delle garanzie opzionali (Diaria da ricovero e convalescenza, Alta diagnostica, Cure oncologiche, Visite mediche) acquistabili secondo due piani predefiniti.

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e alle somme assicurate.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONI DEL PREMIO

Non previste

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non previste



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Per le garanzie delle Sezioni 2 "Malattia e Infortuni" e 3 "Assistenza", ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip base, sono esclusi i sinistri causati da:

- ✗ menomazioni preesistenti, di qualsiasi ordine e tipologia; in questo caso sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'evento avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti suddette;
- ✗ infortuni occorsi sotto l'influenza dell'alcool, di sostanze stupefacenti ad uso non terapeutico e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
- ✗ guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- ✗ movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, trombe d'aria e uragani;
- ✗ trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
- ✗ guerra (dichiarata e non) - salvo quanto previsto all'Art.2.2, lettera e) - Contro quali danni posso assicurarmi - insurrezioni e contaminazioni chimiche e biologiche derivanti, direttamente od indirettamente da atti terroristici, occupazioni militari;
- ✗ la pratica e la partecipazione alle seguenti discipline sportive, in qualità di tesserato e sotto l'egida delle relative Federazioni Sportive o di associazioni ad esse equiparabili, a corse, gare e/o allenamenti di: baseball, rugby, hockey su ghiaccio e a rotelle, pattinaggio su ghiaccio e a rotelle, roller derby, calcio, calcio a cinque (e simili), ciclismo, equitazione, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, beach volley, sci e sci nautico, snowboard, bob, football americano, atletica pesante, immersione con autorespiratore, snowkite, canoa o idrospeed o canyoning in tratti caratterizzati da rapide, speleologia, salto dal trampolino con sci, sci di velocità, idrosci, bobslettino-skeleton praticati su pista, bobsleigh (guidoslitta), alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciaio di difficoltà superiore al 3° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A., alpinismo o free climbing in solitaria o in territorio extraeuropeo. Per alpinismo/free climbing in solitaria si intende la progressione su roccia e/o ghiaccio senza essere affiancato 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;
- ✗ manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- ✗ malattie e stati patologici noti e/o diagnosticati all'Assicurato e non dichiarati, con dolo o colpa grave, sul questionario sanitario all'atto di stipula del contratto;
- ✗ malattie e stati patologici dichiarati sul questionario sanitario ed espressamente esclusi dalla Compagnia con specifica clausola;
- ✗ patologie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio), prima dell'effetto dell'assicurazione;
- ✗ malformazioni o difetti fisici preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione, salvo quanto previsto per il neonato all'Art. 2.3;
- ✗ patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze, compresi i comportamenti nevrotici, nonché la psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia o paranoide, anoressia, bulimia, e simili;
- ✗ gli infortuni conseguenti a malattie mentali;
- ✗ le prestazioni e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali quelle omeopatiche, fitoterapiche, agopuntura, nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- ✗ prestazioni occorse per finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva);
- ✗ check-up ed esami di routine;
- ✗ interventi chirurgici per la correzione di vizi di refrazione;

	✗ aborto volontario non terapeutico; ✗ infertilità, sterilità, impotenza e qualsiasi tipo di fecondazione assistita; ✗ sieropositività da virus H.I.V., nonché le malattie sessualmente trasmesse; ✗ manipolazione di materiale pirotecnico anche come attività non professionale; ✗ ricoveri a carattere assistenziale in seguito a non-autosufficienza dell'Assicurato; ✗ ricoveri per trattamenti dimagranti. Sono comunque esclusi le ernie, le lesioni determinate da sforzo e da tendinopatie croniche (a titolo esemplificativo e non esaustivo: strappi muscolari, lesioni alla cuffia dei rotatori, lesioni al tendine calcaneare), salvo quanto previsto all'Art. 2.2. Per la garanzia Tutela Legale, operano le seguenti esclusioni: ✗ diritto di famiglia, successioni o donazioni; ✗ materia fiscale o amministrativa; ✗ fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, serrate, detenzione o impiego di sostanze radioattive; ✗ danni nucleari o genetici causati dall'assicurato, salvo il caso di sinistri conseguenti a trattamenti medici; ✗ fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali viene riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme; ✗ proprietà, guida o circolazione di veicoli a motore, imbarcazioni da diporto, aeromobili o veicoli che viaggiano su tracciato veicolato o su funi metalliche; ✗ fatti dolosi degli assicurati; ✗ fatti non accidentali che causano inquinamento dell'ambiente; ✗ compravendita o permuta di immobili, leasing immobiliare; ✗ costruzione ex novo di edifici, compresi i connessi contratti di fornitura o posa in opera di materiali o impianti; ✗ trasformazione, ristrutturazione dell'immobile assicurato o di sue parti con o senza ampliamento di volumi; ✗ immobili non direttamente utilizzati dagli assicurati; ✗ fabbricazione o commercializzazione di esplosivi, armi o equipaggiamento militare; ✗ reati di diffamazione e diffamazione a mezzo stampa commessi da giornalisti nella loro attività professionale; ✗ prestazioni mediche con finalità esclusivamente estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva; ✗ esercizio della professione medica, dell'attività medica o di operatore sanitario; ✗ esercizio della libera professione o dell'attività d'impresa; ✗ vertenze con la Compagnia; ✗ vertenze con la Banca distributrice; ✗ adesione ad azioni di classe (class action); ✗ difesa penale per abuso di minori; ✗ compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite; ✗ compensi dell'avvocato per la querela, se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale; ✗ compensi dell'avvocato domiciliatario, se non indicato da ARAG; ✗ spese per l'indennità di trasferta; ✗ spese di esecuzione forzata oltre il secondo tentativo per sinistro; ✗ spese dell'organismo di mediazione, se la mediazione non è obbligatoria; ✗ imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle spese di giustizia; ✗ multe, ammende e sanzioni pecuniarie in genere; ✗ spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'assicurato nei procedimenti penali; ✗ spese non concordate con ARAG; ✗ ogni duplicazione di onorari, nel caso di domiciliazione; ✗ spese recuperate dalla controparte; ✗ le spese sostenute per la fase stragiudiziale se non è gestita da ARAG; ✗ le spese sostenute per gli accordi economici tra assicurato e avvocato, per la transazione della vertenza e per l'intervento del perito o del consulente tecnico di parte, se non preventivamente autorizzate da ARAG.
--	--

MOD. TCURA00B_092022



Ci sono limiti di copertura?

Limiti relativi alla Sezione 2 – Malattia e Infortuni			
Evento		Limiti di indennizzo	Franchigia/Scoperto NON CONVENZIONATO
2.3	RIMBORSO SPESE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	Nei limiti del massimale indicato in polizza per sinistro e per anno	30% con il minimo di 100€
SPESE DURANTE IL RICOVERO			
2.3 lettera a) punto 1	Apparecchi terapeutici e protesi	Compreso nel limite indicato in polizza alla garanzia RIMBORSO SPESE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera a) punto 2	Assistenza medica ed infermieristica	Compreso nel limite indicato in polizza alla garanzia RIMBORSO SPESE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera a) punto 3	Cure e protesi dentarie	€ 15.000 per sinistro e per anno	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera a) punto 4	Intervento chirurgico	Compreso nel limite indicato in polizza alla garanzia RIMBORSO SPESE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera a) punto 5	Rette di degenza	Compreso nel limite indicato in polizza alla garanzia RIMBORSO SPESE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO € 500 per NON CONVENZIONATO	Non previsti
2.3 lettera a) punto 6	Spese accompagnatore per ricovero all'estero	€ 2.500 per sinistro	Non previsti
2.3 lettera a) punto 7	Terapie per malattia oncologiche	€ 1.000 per sinistro e per anno	30% con il minimo di 100€

MOD. TCURA00B_092022

2.3 lettera a) punto 8	Trapianto/espianto di organi	Compreso nel limite indicato in polizza alla garanzia RIMBORSO SPESE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera a) punto 9	Trasporto Assicurato	€ 1.500 per sinistro	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera a) punto 10	Vitto e pernottamento accompagnatore	€ 1.500 per sinistro	Non previsti
SPESE PER PARTO			
2.3 lettera b punto 1)	Parto naturale	€ 3.000	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera b punto 2)	Parto cesareo	€ 5.000	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera b punto 3)	Aborto terapeutico	€ 3.000	30% con il minimo di 100€
SPESE PRE E POST RICOVERO			
2.3 lettera c punto 1)	Accertamenti diagnostici	Compreso nel limite indicato in polizza alla garanzia RIMBORSO SPESE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO € 30.000 per anno - NON CONVENZIONATO	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera c punto 2)	Trattamenti fisioterapici	Compreso nel limite indicato in polizza alla garanzia RIMBORSO SPESE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO € 30.000 per anno - NON CONVENZIONATO	30% con il minimo di 100€

MOD. TCURA00B_09/2022

2.3 lettera c punto 3)	Trattamenti medici specialistici	Compreso nel limite indicato in polizza alla garanzia RIMBORSO SPESE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO € 30.000 per anno - NON CONVENZIONATO	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera c punto 4)	Visite specialistiche	Compreso nel limite indicato in polizza alla garanzia RIMBORSO SPESE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO € 30.000 per anno - NON CONVENZIONATO	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera d	Indennità sostitutiva	€ 100 al giorno con il limite massimo di 300 giorni	Non previsti
2.3 lettera e	Cure al feto e al neonato	€ 15.000 per sinistro e per anno	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera f	Virus A.I.D.S.	€ 15.000	Non previsti
PRESTAZIONI SPECIALI			
2.3 lettera g punto 1)	Adattamento autovettura	€ 5.000	Franchigia assoluta Invalidità Permanente del 66%
2.3 lettera g punto 2)	Adattamento abitazione	€ 10.000	Franchigia assoluta Invalidità Permanente del 66%
2.3 lettera g punto 3)	Perdita anno scolastico	€ 5.000	Franchigia assoluta Invalidità Permanente del 24%
2.4	DIARIA DA RICOVERO	Nei limiti della somma assicurata indicata in polizza con il massimo di 300 giorni	Non previsti
2.4 lettera a	Ricovero	Compreso nel limite indicato in polizza alla garanzia DIARIA DA RICOVERO con il massimo di 300 giorni	Non previsti

MOD. TCURA00B_09/2022

2.4 lettera b	Convalescenza	Compreso nel limite indicato in polizza alla garanzia DIARIA DA RICOVERO con il massimo di 20 giorni	Non previsti
2.5	ALTA DIAGNOSTICA	Nei limiti del massimale indicato in polizza	30% con il minimo di 50€
2.6	CURE ONCOLOGICHE	Nei limiti del massimale indicato in polizza	30% con il minimo di 100€
2.6 lettera a	Acquisto dispositivi estetici	€ 500 per anno	Non previsti
2.6 lettera b	Acquisto medicinali	Nei limiti del massimale indicato in polizza alla garanzia CURE ONCOLOGICHE	Non previsti
2.6 lettera c	Consulenza psicologica	€ 2.000 per anno	30% con il minimo di 100€
2.6 lettera d	Terapie	Nei limiti del massimale indicato in polizza alla garanzia CURE ONCOLOGICHE	30% con il minimo di 100€
2.7	VISITE MEDICHE	Nei limiti del massimale indicato in polizza	30% con il minimo di 50€

Limiti relativi alla Sezione 3 - Assistenza

Prestazioni	Limiti di indennizzo	Massimale
A – CONSIGLI MEDICI E FARMACEUTICI TELEFONICI	Non previsti	Non previsto
B – INVIO DI UN MEDICO GENERICO O DI UN'AMBULANZA	Non previsti	Non previsto
C – TRASFERIMENTO IN ISTITUTI DI CURA SPECIALIZZATI	Non previsti	Non previsto
D – RIENTRO SALMA	Non previsti	€ 5.000 per sinistro
E – CONSULENZA ARCHITETTO	Non previsti	Non previsto
F – INVIO DI UN INFERMIERE	Non previsti	€ 500 per sinistro
G – INVIO DI UN FISIOTERAPISTA	Non previsti	€ 700 per sinistro

H – PRELIEVO E CONSEGNA REFERTI	Non previsti	Non previsto
I – CONSEGNA FARMACI	Massimo 20 giorni	Non previsto
J – CONSEGNA SPESA	Massimo 30 giorni	Non previsto
K – FORNITURA DI ATTREZZATURE MEDICO-CHIRURGICHE	Massimo 90 giorni	€ 300
L – CONSEGNA DOCUMENTI	Massimo 20 giorni	Non previsto
M – INVIO DI UNA COLLABORATRICE DOMESTICA	Massimo 12 ore	Non previsto

Limiti relativi alla Sezione 4 – Tutela Legale		
Prestazioni	Limiti di indennizzo	Franchigia/Scoperto
SPESE LEGALI, PERITALI, DI GIUSTIZIA, PROCESSUALI E DI INDAGINE NEI CASI INDICATI NELL'ART. 4.2	€ 10.000 per sinistro € 50.000 per anno	Non previsti

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: In caso di sinistro è necessario darne avviso all'Impresa scegliendo tra uno dei seguenti canali: <u>TELEFONO</u> Numero Verde 800.055.177 (per Italia) Linea Urbana +39.011.741.72.66 (per l'Estero) <u>E-MAIL</u> gestioneclienti@pec.bancobpmassicurazioni.it <u>POSTA</u> Banco BPM Assicurazioni - c/o BLUE ASSISTANCE - via Santa Maria n. 11, 10122 – Torino <u>SITO INTERNET</u> www.blueassistance.it (previa registrazione)
	Assistenza diretta/in convenzione: una volta denunciato il sinistro, l'Assicurato ha la facoltà di utilizzare, per la fornitura delle prestazioni, strutture o centri convenzionati.
	Gestione da parte di altre imprese: La gestione dei sinistri diversi dalla garanzia Tutela Legale viene affidata alla Società Blue Assistance. Per la garanzia Assistenza, la Centrale Operativa è disponibile componendo i numeri di telefono indicati sopra 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno. Per le garanzie diverse da Assistenza e Tutela Legale, l'Assicurato può scegliere uno dei canali indicati sopra. In caso di canale telefonico, la Centrale Operativa è disponibile dalle ore 8.00 alle 18.00 dei giorni feriali e dalle ore 8.00 alle 12.00 del sabato per le prenotazioni; 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno per consigli medici in caso di urgenze. La gestione dei sinistri Tutela Legale viene affidata ad ARAG a cui l'Assicurato deve presentare immediata denuncia, componendo i seguenti numeri di telefono:

	Numero Verde 800.189.542 (per l'Italia) Linea urbana +39045.82.904.55 (per l'Estero) Prescrizione: Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte e reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Impresa, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
Obblighi dell'impresa	L'Impresa provvede al pagamento di tutte le prestazioni dovute entro il termine di 25 giorni dalla ricezione della necessaria documentazione.



Quando e come devo pagare?

Premio	- Il premio è comprensivo di imposte e la sua corresponsione è dovuta per tutto il periodo assicurativo. - Il premio deve essere pagato annualmente in un'unica soluzione; è comunque data facoltà al Contraente di optare per il frazionamento mensile del premio, per una rata di premio lordo di importo non inferiore a 10 euro.
Rimborso	Il contraente ha diritto al rimborso del premio in caso di risoluzione per cessazione del rischio in corso di contratto e per il verificarsi delle condizioni di non assicurabilità. L'Impresa, espletate le opportune verifiche, procederà a rimborsare la parte di premio pagata e non fruita, al netto delle imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non visono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	La presente polizza non prevede la possibilità di sospendere la copertura.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	In caso di vendita a distanza e a condizione che non stati denunciati sinistri, il Contraente ha diritto di recedere dal contratto entro 14 giorni dalla data di decorrenza.
Risoluzione	È possibile risolvere il contratto nel caso di cessazione documentata del rischio in corso di contratto.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto sia alle persone fisiche sia a quelle giuridiche che siano correntiste della Banca distributrice e che siano interessate a tutelare l'Assicurato dai rischi malattia e infortuni.

Le garanzie vengono prestate a favore della persona fisica indicata come "Assicurato" nel modulo di polizza.



Quali costi devo sostenere?

- Costi di intermediazione

La quota parte media percepita dagli intermediari per il prodotto TCURA è pari al 20,00% La percentuale provvigionale è calcolata sul totale dei premi lordi contabilizzati.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto a: Banco BPM Assicurazioni S.p.A. Gestione Reclami Via Massaua, 6 - 20146 MILANO
----------------------------------	--

	Fax 02.85964440 Indirizzo e-mail: reclami@bancobpmassicurazioni.it PEC: comunicazioni@pec.bancobpmassicurazioni.it L'impresa dovrà rispondere al reclamo entro 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi a: IVASS Via del Quirinale 21 – 00187 Roma Fax 06.42.13.32.06 PEC: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98) (obbligatorio). La richiesta di mediazione deve essere inviata a Banco BPM Assicurazioni S.p.A. – Direzione Affari Legali e Societari - Via Massaua n. 6 - 20146 Milano ovvero a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo comunicazioni@pec.bancobpmassicurazioni.it
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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, secondo le seguenti modalità: - mediante valutazione collegiale effettuata da tre medici, nominati dalle parti, - mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione collegiale prevista al punto precedente, oppure in alternativa ad essa; Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE IL CONTENUTO DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Polizza TCURA

Contratto di Assicurazione Salute di tipo individuale
Condizioni di Assicurazione ed. 09/2022

I documenti sono stati redatti secondo le Linee Guida del tavolo tecnico
"Contratti Semplici e Chiari", per la semplificazione dei contratti assicurativi.

I documenti sono stati redatti nel mese di settembre 2022 e i dati in essi contenuti sono
aggiornati a settembre 2022



Presentazione

La Polizza TCURA è un contratto di assicurazione salute rivolto sia alle persone fisiche sia a quelle giuridiche che siano correntiste della Banca distributrice e che siano interessati a tutelare l'Assicurato dai rischi malattia e infortuni.

La copertura assicurativa è prestata in base alle dichiarazioni rese nel Questionario Sanitario, che forma parte integrante della polizza. È necessario che l'Assicurato risponda alle domande previste dal questionario sanitario in maniera precisa e veritiera, senza omettere circostanze o informazioni concernenti il proprio stato di salute.

TCURA è una soluzione assicurativa multirischio che prevede una scelta di coperture e pacchetti personalizzabili secondo le formule di seguito riportate:

	FORMULA SMART	FORMULA UP
Rimborso spese per ricovero con o senza intervento chirurgico	✓	✓
Assistenza	✓	✓
Tutela legale	✓	✓
Diaria da ricovero e convalescenza	✗	✓
Alta diagnostica	✗	✓
Cure oncologiche	✗	✓
Visite mediche (garanzia opzionale) *	✗	✓

* acquistabile solo se espressamente richiesto dal Contraente in abbinamento alla sola Formula Up

Sommario

Glossario	5
------------------------	----------

Condizioni di assicurazione	11
--	-----------

SEZIONE 1 – Servizi non assicurativi indipendenti dalle coperture assicurative

Art. 1.1 – Accesso al network Mynet.Blue	11
Art. 1.2 – Video Consulenza medica specialistica	11
Art. 1.3 – Mynet.Blue	12

SEZIONE 2 – Malattia e Infortuni

Art. 2.1 – Chi è assicurato	13
Art. 2.2 – Contro quali danni posso assicurarmi	13
Art. 2.3 – Rimborso spese per ricovero con o senza intervento chirurgico	13
Art. 2.4 – Diaria da ricovero e da convalescenza	15
Art. 2.5 – Alta diagnostica	15
Art. 2.6 – Cure oncologiche	16
Art. 2.7 – Visite mediche	16
Art. 2.8 – Con quali condizioni operative attivo la garanzia	16
Art. 2.9 – Estensione territoriale	17
Art. 2.10 – Esclusioni	17
Art. 2.11 – Periodo di carenza	19
Art. 2.12 – Persone non assicurabili	19
Art. 2.13 – Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	20

SEZIONE 3 – Assistenza

Art. 3.1 – Chi è assicurato	24
Art. 3.2 – Contro quali danni posso assicurarmi	24
Art. 3.3 – Con quali condizioni operative attivo la garanzia	27
Art. 3.4 – Estensione territoriale	28
Art. 3.5 – Esclusioni	28
Art. 3.6 – Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	30

SEZIONE 4 – Tutela Legale

Art. 4.1 – Chi è assicurato	31
Art. 4.2 – Contro quali danni posso assicurarmi	31
Art. 4.3 – Con quali condizioni operative attivo la garanzia	31
Art. 4.4 – Operatività delle garanzie in presenza di polizza di Responsabilità Civile	32
Art. 4.5 – Estensione territoriale	32
Art. 4.6 – Esclusioni	33
Art. 4.7 – Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	34

SEZIONE 5 – Contratto dalla A alla Z

Art. 5.1 – Modalità di sottoscrizione del contratto di assicurazione	35
Art. 5.2 – Pagamento del premio	35
Art. 5.3 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	35
Art. 5.4 – Decorrenza e durata dell'assicurazione	35
Art. 5.5 – Firma digitale	36
Art. 5.6 – Diritto di recesso	36
Art. 5.7 – Altre assicurazioni	36
Art. 5.8 – Limite massimo dell'indennizzo	37

Art. 5.9 – Aggiornamento del premio all'età dell'Assicurato	37
Art. 5.10 – Indicizzazione del premio	37
Art. 5.11 – Oneri fiscali	37
Art. 5.12 – Forma delle comunicazioni	38
Art. 5.13 – Legge applicabile, sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente	38
Art. 5.14 – Prescrizione	39
Art. 5.15 – Sostituzione polizza	39

SEZIONE 6 – Denuncia ed obblighi in caso di sinistro

Art. 6.1 – Denuncia in caso di sinistro	40
Art. 6.2 – Obblighi in caso di sinistro	41
Art. 6.3 – Cosa fare in caso di sinistro – Sezione 2 Malattia e Infortuni	43

Tabella 1 – Professioni non assicurabili	48
---	-----------

Tabella 2 – Percentuali di variazione del premio	48
---	-----------

Informativa sulla protezione e sul trattamento dei dati personali	50
--	-----------

Glossario

A

ARAG

AragSE è la società alla quale è affidata la gestione dei sinistri Tutela Legale e la cui sede di Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia si trova in Viale Commercio, 59 – Verona – 37135.

Assicurato

La persona fisica il cui interesse è protetto dall'Assicurazione ed a favore della quale operano le garanzie previste dalla polizza.

Assicurazione

Insieme delle garanzie previste in polizza.

Assistenza

L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro, tramite la Centrale Operativa.

Assistenza infermieristica

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

Attività professionale

Attività svolta dall'Assicurato in modo continuativo e abituale con la quale produce un reddito o percepisce una retribuzione. Convenzionalmente si intende anche l'attività quotidiana svolta dagli Assicurati non lavoratori.

B

Banca distributrice

Banco BPM S.p.A. che svolge attività di distribuzione assicurativa dietro incarico dell'Impresa, consistente nel presentare o proporre contratti assicurativi o nel prestare assistenza e consulenza finalizzate a tale attività e nella conclusione dei contratti ovvero nella collaborazione alla gestione o alla esecuzione dei contratti stipulati.

Blue Assistance

Blue Assistance S.p.A., società di servizi, provvede, per conto di BPM, alla gestione dei sinistri diversi da Tutela Legale ed alla stipula delle convenzioni con le strutture sanitarie e i medici convenzionati e alla liquidazione dei sinistri. La Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, garantisce il contatto telefonico, organizza ed eroga i servizi e le prestazioni di assistenza previsti in polizza.

C

Carenza

Periodo durante il quale le garanzie assicurative non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia assicuratrice non corrisponde la prestazione assicurata.

Cartella clinica

Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

	Centrale Operativa	Componente della struttura di Blue Assistance che organizza ed eroga i servizi e le prestazioni di Assistenza previsti in polizza.
	Compagnia	Banco BPM Assicurazioni S.p.A.
	Contraente	La persona fisica o giuridica – titolare o contitolare di un rapporto bancario presso la Banca distributrice della polizza – che stipula l'Assicurazione e ne assume i relativi obblighi contrattuali
D	Day Hospital/Day surgery	Istituto di Cura autorizzato avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery) eseguite da medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica.
F	Fase giudiziale	La fase della vertenza che si svolge davanti all'autorità giudiziaria.
	Fase stragiudiziale	La fase della vertenza finalizzata al raggiungimento di un accordo tra le parti senza l'intervento dell'autorità giudiziaria.
	Fatto illecito	L'azione o l'omissione contraria all'ordinamento giuridico in quanto violazione di un dovere o di un obbligo imposti da una norma di legge.
	Firma Digitale	Un particolare tipo di firma elettronica basata su un certificato qualificato (che assicura l'identificazione univoca del titolare e rilasciato da certificatori accreditati), realizzata mediante un dispositivo per la generazione della firma che soddisfa i requisiti di sicurezza richiesta dalla vigente normativa, tra i quali l'utilizzo di una OTP (One Time Password).
	Franchigia	L'importo, espresso in valore assoluto o in percentuale sulla somma assicurata/risarcibile, dedotto dall'importo indennizzabile, che l'Assicurato tiene a suo carico, perché non pagato né rimborsato dalla Compagnia.
I	Indennizzo/risarcimento	La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili. Sono considerati infortuni anche: - l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo, le embolie conseguenti a immersioni subacquee con autorespiratore; - l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze, - l'asfissia non dipendente da malattia; - le conseguenze, obiettivamente constatabili, di morsi o punture di vegetali e di insetti, esclusa comunque la malaria; - le ernie addominali direttamente ed esclusivamente determinate da eventi traumatici che ne abbiano comportato il ricovero; - stato di guerra (dichiarata o di fatto), se l'Assicurato viene sorpreso dallo scoppio degli eventi mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace. La garanzia opera per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità.
Intervento chirurgico	Atto medico, realizzato da personale abilitato in base ai requisiti di legge, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato – anche senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante - mediante cruentazione dei tessuti con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Sono considerati interventi chirurgici anche la riduzione incruenta di fratture seguita da gessatura, le endoscopie a qualsiasi titolo effettuate. Non sono comunque considerati interventi chirurgici, ancorché effettuati con i predetti strumenti: - le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo (salvo le endoscopie sopra descritte); - le iniezioni.
Invalidità Permanente	Perdita definitiva, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione esercitata.
Istituto di cura	Istituto universitario, struttura sanitaria, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery, poliambulatorio medico, centro diagnostico, centro di fisioterapia e riabilitazione, regolarmente autorizzati. Non sono considerati istituti di cura 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.
IVASS	Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazioni. Istituito con decreto-legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135, è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze all'ISVAP.

M	Malattia	Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non conseguente ad infortunio.
	Malformazione – difetto fisico	Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticata prima della stipulazione della polizza.
	Massimale	La somma indicata nel contratto di assicurazione che rappresenta il limite massimo indennizzabile in caso di sinistro.
	Modulo di polizza	Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente, dell'Assicurato e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del Contraente, i dati identificativi del rischio, il premio e la sottoscrizione delle Parti.
N	Non autosufficienza temporanea	Temporanea impossibilità, comprovata da documentazione medica, di poter compiere, senza l'assistenza di una terza persona, almeno 3 (tre) delle seguenti 4 (quattro) azioni consuete della vita quotidiana: - lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale; - nutrirsi: capacità di mangiare e bere; - muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi; - vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti.
	Nucleo familiare	Si riferisce all'Assicurato e si fa riferimento a coniuge, convivente <i>more uxorio</i> e figli conviventi con l'Assicurato, come risultante da certificato anagrafico di stato di famiglia dell'Assicurato stesso.
P	Perito	L'esperto incaricato da una delle parti (C.T.P. consulente tecnico di parte) o dal giudice (C.T.U. consulente tecnico d'ufficio) per svolgere un accertamento tecnico (perizia).
	Polizza	Il documento che prova il contratto di Assicurazione.
	Premio	La somma dovuta alla Compagnia dal Contraente a corrispettivo dell'Assicurazione.
	Prescrizione	L'estinzione di un diritto che avviene se il suo titolare non lo esercita entro il periodo di tempo indicato dalla legge.
	Prestazioni sanitarie	Accertamenti diagnostici, visite specialistiche, cure mediche, materiale e strumenti di intervento, endoprotesi applicate nel corso di un intervento chirurgico; rientrano convenzionalmente gli onorari dei medici. Non sono compresi farmaci e specialità medicinali.

Q	Questionario sanitario	Documento che costituisce parte integrante della polizza e descrive lo stato di salute dell'Assicurato sulla base di dichiarazioni da lui rese. Esso deve essere compilato in modo completo e veritiero, senza omettere circostanze o informazioni sullo stato di salute in quanto è strumento per la valutazione del rischio da parte della Compagnia. Il Questionario deve essere sottoscritto dall'Assicurato medesimo o, se minorenne, da chi ne esercita la potestà genitoriale.
	Residenza	Luogo in Italia, Repubblica di San Marino, Stato della Città del Vaticano in cui l'Assicurato ha stabilito la dimora abituale.
R	Responsabilità contrattuale	La responsabilità della parte di un contratto che non adempie o adempie parzialmente alle obbligazioni assunte in favore dell'altra parte contrattuale.
	Responsabilità extracontrattuale	La responsabilità in capo al soggetto che, commettendo un fatto illecito, provoca ad altri un danno ingiusto.
	Ricovero	Permanenza in Istituto di Cura con pernottamento o in day hospital/day surgery.
	Sanzione amministrativa	La sanzione prevista per la violazione di una norma giuridica in ambito amministrativo.
S	Scoperto	L'importo da calcolarsi in misura percentuale sul danno liquidato a termini di polizza, che viene dedotto dall'indennizzo. Questo importo rimane a carico del Contraente.
	Servizio Mynet.Blue	Servizio che consente all'Assicurato di accedere a tariffe scontate presso le strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance. Per fruire del servizio occorrerà connettersi al sito www.mynet.blue ed inserire il codice di accesso, seguendo le istruzioni presenti direttamente sul sito alla voce "guida alla navigazione".
	Sinistro	Il verificarsi dell'evento indennizzabile previsto in contratto.
	Somma assicurata	L'importo contrattualmente stabilito che costituisce il limite entro il quale la Compagnia è obbligata a rispondere nel caso in cui si verifichi un sinistro che colpisca le coperture assicurate per le quali è prestata la garanzia.
	Spese di giustizia	Le spese definite dal D.P.R. n. 115/2002.
	Spese di soccombenza	Le spese che il giudice, con la sentenza che chiude il processo, pone a carico della parte soccombente per rimborsare le spese processuali alla

		parte vittoriosa.
	Spese extra ricovero	Le spese che l'Assicurato sostiene per effettuare esami e/o visite mediche in assenza di ricovero, in presenza di prescrizione medica e rese necessarie da malattia o infortuni.
V	Vendita a Distanza	Perfezionamento del contratto effettuato mediante tecniche di comunicazione a distanza secondo le modalità previste dalla Banca.
	Vertenza	Il conflitto di pretese tra assicurato e controparte o altro procedimento di natura civile, penale o amministrativa.
	Visita specialistica	Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione inerente alla patologia motivo della visita stessa.

Sezione 1 – Servizi non assicurativi indipendenti dalle coperture assicurative

Questa sezione descrive i Servizi non assicurativi attivabili dal Contraente al momento della sottoscrizione del contratto.

1.1 – Network Mynet.Blue

Con l'acquisto della polizza e per tutta la durata contrattuale, la Compagnia offre all'Assicurato la possibilità di usufruire, a tariffa agevolata, delle seguenti prestazioni:

- prestazioni odontoiatriche rese dal network di medici dentisti/centri odontoiatrici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite il sito www.mynet.blue. Le tariffe delle prestazioni odontoiatriche sono consultabili tramite il sito stesso;
- prestazioni mediche rese dal network di centri medici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite il sito www.mynet.blue;
- prestazioni fisioterapiche rese dal network di centri medici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite il sito www.mynet.blue;
- video consulti specialistici, l'elenco delle specializzazioni disponibili è disponibile sull'area riservata del cliente sul sito www.mynet.blue. Numero massimo di video consulti specialistici erogabili per ogni PIN: 12;
- Consulenza medica generica: disponibilità di parlare con un medico generico 24 ore su 24, 7 giorni su 7.

Resta inteso che:

- a. le prestazioni dei medici/ medici dentisti/centri convenzionati saranno fornite direttamente dai predetti professionisti che saranno gli unici responsabili dell'erogazione di tali prestazioni;
- b. **i corrispettivi relativi alle prestazioni dei medici/ medici dentisti/centri convenzionati saranno a carico dell'Assicurato;**
- c. le informazioni relative ai costi delle singole prestazioni saranno fornite direttamente dai medici/medici dentisti/centri convenzionati.

1.2 – Video Consulenza medica specialistica

Questo servizio non assicurativo consiste nel fornire video consulenza medica specialistica attraverso la piattaforma Mynet.blue dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20 con un **limite di 12 volte per anno assicurativo**. Le specializzazioni disponibili per il video consulto sono:

- Allergologia;
- Cardiologia;
- Dermatologia;
- Diabetologia;
- Fisioterapia;
- Geriatria;
- Ginecologia;
- Nutrizione;
- Ortopedia;

- Ostetricia;
- Pediatria;
- Pneumologia;
- Psicologia.

Le informazioni erogate in video consulenza medica non costituiscono prestazioni di telemedicina (definite dalle Linee di indirizzo nazionali predisposte dal Ministero della Salute e recepite nell'intesa approvata dalla Conferenza tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano in data 20 febbraio 2014, ai sensi dell'art. 8 comma 6 della legge n. 131 del 5 giugno 2003).

Non saranno fornite diagnosi e prescrizioni mediche.

Per poter usufruire delle prestazioni, l'Assicurato dovrà compilare il form dedicato presente sul sito www.mynet.blue

1.3 – Accesso al sito Mynet.Blue

I servizi non assicurativi saranno fruibili tramite il sito www.mynet.blue, seguendo le istruzioni presenti direttamente sul sito alla voce “guida alla navigazione”.

Le istruzioni complete e le regole di fruibilità sono reperibili sull'area riservata di Blue Assistance di ogni assistito.

Sezione 2 - Malattia e Infortuni

2.1 - Chi è assicurato

Il Contratto è rivolto alle persone fisiche.

L'Assicurato è la persona fisica indicata in polizza.

2.2 - Contro quali danni posso assicurarmi

L'assicurazione opera per le conseguenze delle malattie e degli infortuni occorsi all'Assicurato durante il periodo di validità del contratto, fatte salve **le esclusioni di cui all'Art. 2.10** ed entro i massimali previsti dalle singole garanzie.

2.3 - Rimborso spese per ricovero con o senza intervento chirurgico

a) SPESE DURANTE IL RICOVERO

In caso di ricovero (compreso *day-hospital* e *day-surgery*) reso necessario da malattia o infortunio, la Compagnia si obbliga ad indennizzare, **con i limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti indicati all'Art. 2.13**, le spese sostenute dall'Assicurato per:

- 1) apparecchi terapeutici e protesi applicati durante l'intervento o da applicarsi successivamente;
- 2) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici, trattamenti medici specialistici, medicinali, accertamenti diagnostici;
- 3) cure e protesi dentarie rese necessarie da malattia o infortunio;
- 4) intervento chirurgico, compresi equipe medica e specialista;
- 5) rette di degenza;
- 6) spese per accompagnatore per ricovero all'estero dell'Assicurato;
- 7) terapie per malattie oncologiche;
- 8) trapianto/espianto di organi;
- 9) trasporto dell'Assicurato alla struttura sanitaria, trasferimento ad una diversa struttura e ritorno alla residenza;
- 10) vitto e pernottamento dell'accompagnatore nella struttura sanitaria.

b) SPESE PER PARTO

In caso di ricovero per parto, la Compagnia si obbliga ad indennizzare, **con i limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti indicati all'Art. 2.13**, le spese sostenute dall'Assicurato per i seguenti eventi:

- 1) parto naturale;
- 2) parto cesareo;
- 3) aborto terapeutico.

c) SPESE PRE E POST RICOVERO

La Compagnia si obbliga ad indennizzare, **con i limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti indicati all'Art. 2.13**, le spese sostenute dall'Assicurato nei 90 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi al ricovero con o senza intervento chirurgico per:

- 1) accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici);
- 2) trattamenti fisioterapici;
- 3) trattamenti medici specialistici;
- 4) visite specialistiche.

Qualora l'Assicurato usufruisca delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa integralmente l'importo del ticket a carico dell'Assicurato.

d) INDENNITA' SOSTITUTIVA

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico superiore a 2 giorni che sia totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale e per il quale l'Assicurato non sostenga alcuna spesa (e nemmeno la Compagnia nell'ambito dell'indennizzo diretto), la Compagnia si obbliga a corrispondere un'indennità **pari a quanto indicato all'Art. 2.13.**

Qualora il ricovero con o senza intervento chirurgico sia solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato potrà scegliere tra l'indennità sostitutiva e il rimborso delle spese indennizzabili rimaste a proprio carico.

e) CURE AL FETO E AL NEONATO

In caso di avvio di gravidanza in corso di contratto, sono compresi in garanzia anche gli interventi finalizzati alla correzione di difetti fisici o malformazioni del feto e del neonato, **con i limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti indicati all'Art. 2.13.**

La copertura a favore del neonato termina dopo 90 giorni dalla data di nascita.

Qualora l'Assicurato usufruisca delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa integralmente l'importo del ticket a carico dell'Assicurato.

f) HIV/A.I.D.S.

Qualora all'Assicurato sia diagnosticata la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) durante il periodo di validità del contratto, la Compagnia indennizzerà un importo **pari a quanto indicato all'Art. 2.13 e la polizza cesserà automaticamente.**

Tale indennizzo non potrà essere richiesto dagli eredi.

g) PRESTAZIONI SPECIALI

- 1) **ADATTAMENTO AUTOVETTURA:** qualora una malattia o un infortunio indennizzabile ai sensi del presente Contratto comporti un grado di Invalidità Permanente superiore al 66%, la Compagnia indennizza, entro il massimale previsto all' **Art. 2.13**, le spese effettivamente sostenute dall'Assicurato per l'adattamento alla guida dell'autovettura a lui in uso entro 3 mesi dalla data di riconoscimento dell'invalidità. Tali spese dovranno essere documentate.
- 2) **ADATTAMENTO ABITAZIONE:** qualora una malattia o un infortunio indennizzabile ai sensi del presente Contratto comporti un grado di Invalidità Permanente superiore al 66%, la Compagnia indennizza, entro il massimale previsto all' **Art. 2.13**, le spese effettivamente sostenute dall'Assicurato per l'adattamento dell'abitazione (con esclusione delle parti comuni) in cui risiede.

- 3) **PERDITA ANNO SCOLASTICO**: qualora una malattia o un infortunio indennizzabile ai sensi del presente Contratto comporti un grado di Invalidità Permanente superiore al 24% e determini l'impossibilità per l'Assicurato alla frequenza delle lezioni (di scuola di istruzione primaria o secondaria in Italia o Repubblica di San Marino o Città del Vaticano) per un periodo tale da causare la perdita dell'anno scolastico, la Compagnia corrisponde un indennizzo **pari a quanto indicato all'Art. 2.13**.

2.4 - Diaria da ricovero e da convalescenza

LA GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO E DA CONVALESCENZA" È OFFERTA SOLO NELLA FORMULA "UP"

a) DIARIA DA RICOVERO

Qualora una malattia o un infortunio rendano necessario il ricovero in un Istituto di Cura, la Compagnia riconosce l'indennità giornaliera indicata nel modulo di polizza.

L'indennità è corrisposta per ogni giorno di degenza in *day hospital/day surgery* o per ogni pernottamento, per un **massimo di 300 giorni per sinistro (il giorno di ingresso e dimissione vengono conteggiati come un unico giorno qualunque sia l'orario di entrata e di uscita dell'Assicurato)**.

b) DIARIA DA CONVALESCENZA

Qualora a seguito di un ricovero, indennizzabile a termini di polizza e di **durata superiore a 10 giorni**, venga prescritto all'Assicurato un periodo di convalescenza, la Compagnia si obbliga a corrispondere un'indennità supplementare pari **a quanto indicato all'Art. 2.13**.

L'indennità è corrisposta per un **massimo di 20 giorni per sinistro** dalla data delle dimissioni.

2.5 - Alta diagnostica

LA GARANZIA "ALTA DIAGNOSTICA" È OFFERTA SOLO NELLA FORMULA "UP"

La Compagnia si obbliga ad indennizzare, **con i limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti indicati all'Art. 2.13**, le spese extra ricovero sostenute dall'Assicurato per le seguenti prestazioni:

- analisi spettrale;
- angiografia;
- artrografia ed artroscopia diagnostiche;
- broncoscopia e broncografia;
- coronarografia;
- densitometria ossea (MOC);
- ecocardiografia;
- ecocontrastografia;
- eco-doppler ed eco-color-doppler;
- ecografia endo-cavitaria;

- ecografia intravascolare;
- ecografia trans-esofagea;
- elettrocardiografia da sforzo con o senza test ergometrico;
- elettrocardiografia Holter;
- endoscopie dell'apparato digerente ed urologico;
- esami istopatologici;
- flebografia;
- fluorangiografia oculare;
- laparoscopia diagnostica;
- mielografia;
- PET e SPET;
- RMN (risonanza magnetica nucleare);
- scintigrafia;
- TAC (tomografia assiale computerizzata).

Qualora l'Assicurato usufruisca delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa integralmente l'importo del ticket a carico dell'Assicurato.

2.6 - Cure oncologiche

LA GARANZIA "CURE ONCOLOGICHE" È OFFERTA SOLO NELLA FORMULA "UP"

In caso di patologia oncologica e in assenza di ricovero, la Compagnia si obbliga ad indennizzare, **con i limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti indicati all'Art. 2.13**, le spese sostenute dall'Assicurato per:

- a) acquisto dispositivi estetici;
- b) acquisto medicinali;
- c) consulenza psicologica;
- d) terapie (chemioterapia, radioterapia e simili).

2.7 - Visite mediche

LA GARANZIA "VISITE MEDICHE" È OFFERTA FACOLTATIVAMENTE SOLO NELLA FORMULA "UP"

La Compagnia si obbliga ad indennizzare, **con i limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti indicati all'Art. 2.13**, le Spese extra ricovero sostenute dall'Assicurato per onorari, visite specialistiche e consulti.

Qualora l'Assicurato usufruisca delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa integralmente l'importo del ticket a carico dell'Assicurato.

2.8 - Con quali condizioni operative attivo la garanzia

In caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con Blue Assistance, la Compagnia paga direttamente la struttura per le prestazioni erogate all'Assicurato.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati con Blue Assistance, o di utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati senza preventivo accordo con Blue Assistance, la Compagnia rimborsa le spese sostenute direttamente dall'Assicurato.

In caso di utilizzo di medici non convenzionati presso strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance, la Compagnia:

- paga direttamente le spese relative alla struttura sanitaria convenzionata;
- rimborsa le spese sostenute direttamente dall'Assicurato relative all'equipe medica non convenzionata.

2.9 - Estensione territoriale

Le garanzie previste alla presente sezione operano in tutto il mondo.

2.10 - Esclusioni

ESCLUSIONI COMUNI A TUTTE LE GARANZIE DELLA SEZIONE 2

La Compagnia non indennizza gli infortuni e le malattie derivanti da:

- a. **patologie preesistenti e conseguenze da esse derivanti;**
- b. **menomazioni preesistenti, di qualsiasi ordine e tipologia;** in questo caso sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'evento avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti suddette;
- c. **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore sotto l'influenza dell'alcool, quando l'alcolemia accertata sia superiore al limite previsto dalla normativa vigente;**
- d. **infortuni occorsi sotto l'influenza dell'alcool, di sostanze stupefacenti ad uso non terapeutico e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;**
- e. **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;**
- f. **alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;**
- g. **delitti ed atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, atti di autolesionismo, suicidio, tentato suicidio;**
- h. **movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, trombe d'aria e uragani;**
- i. **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;**
- j. **guerra (dichiarata e non), insurrezioni e contaminazioni chimiche e biologiche derivanti, direttamente od indirettamente da atti terroristici, occupazioni militari;**
- k. **guida di mezzi subacquei;**
- l. **viaggi aerei in qualità di passeggero effettuati su aeromobili diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su ogni altro mezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo;**

- m. **viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, di allievo pilota o qualunque altro membro dell'equipaggio;**
- n. **pratica di attività sportive a livello professionistico**, oppure quando a tali attività sportive sia dedicato impegno temporale prevalente rispetto a qualsiasi altra occupazione;
- o. **pratica di paracadutismo e sport aerei in genere, anche in qualità di passeggero** (deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili);
- p. **pratica di bungee jumping;**
- q. **partecipazione a gare e/o prove motoristiche e motonautiche, compresi i liberi accessi a circuiti;**
- r. **partecipazione a imprese di carattere eccezionale** (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
- s. **la pratica e la partecipazione alle seguenti discipline sportive, in qualità di tesserato e sotto l'egida delle relative Federazioni Sportive o di associazioni ad esse equiparabili, a corse, gare e/o allenamenti di: baseball, rugby, hockey su ghiaccio e a rotelle, pattinaggio su ghiaccio e a rotelle, roller derby, calcio, calcio a cinque (e simili), ciclismo, equitazione, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, beach volley, sci e sci nautico, snowboard, bob, football americano, atletica pesante, lotta e arti marziali nelle loro forme, immersione con autorespiratore, pugilato, kitesurf, snowkite, rafting, canoa o idrospeed o canyoning in tratti caratterizzati da rapide, speleologia, salto dal trampolino con sci, sci di velocità, sci acrobatico, idrosci, bobslettino-skeleton praticati su pista, bobsleigh (guidoslitta), alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciaio di difficoltà superiore al 3° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A., alpinismo o free climbing in solitaria o in territorio extraeuropeo.** Per alpinismo/free climbing in solitaria si intende la progressione su roccia e/o ghiaccio senza essere affiancato 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;
- t. **manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;**
- u. **malattie e stati patologici noti e/o diagnosticati all'Assicurato e non dichiarati, con dolo o colpa grave, sul questionario sanitario all'atto di stipula del contratto;**
- v. **malattie e stati patologici dichiarati sul questionario sanitario ed espressamente esclusi dalla Compagnia con specifica clausola;**
- w. **patologie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio), prima dell'effetto dell'assicurazione;**
- x. **malformazioni o difetti fisici preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione, salvo quanto previsto per il neonato all'Art. 2.3;**
- y. **patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze, compresi i comportamenti nevrotici, nonché la psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia o paranoidi, anoressia, bulimia, e simili;**
- z. **gli infortuni conseguenti a malattie mentali;**
- aa. **le prestazioni e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali quelle omeopatiche, fitoterapiche, agopuntura, nonché quelle effettuate da medici o**

- paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;**
- bb. prestazioni occorse per finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva);**
- cc. check-up ed esami di routine;**
- dd. interventi chirurgici per la correzione di vizi di refrazione;**
- ee. cure dentarie quali: paradontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche e visite dentistiche;**
- ff. aborto volontario non terapeutico;**
- gg. infertilità, sterilità, impotenza e qualsiasi tipo di fecondazione assistita;**
- hh. sieropositività da virus H.I.V., nonché le malattie sessualmente trasmesse;**
- ii. manipolazione di materiale pirotecnico anche come attività non professionale;**
- jj. ricoveri a carattere assistenziale in seguito a non-autosufficienza dell'Assicurato;**
- kk. ricoveri per trattamenti dimagranti.**

Sono comunque esclusi le ernie, le lesioni determinate da sforzo e da tendinopatie croniche (a titolo esemplificativo e non esaustivo: strappi muscolari, lesioni alla cuffia dei rotatori, lesioni al tendine calcaneare), salvo quanto indicato nella definizione di Infortuni del Glossario.

2.11 - Periodi di carenza

In caso si verifichino ricovero, intervento chirurgico o altre prestazioni sanitarie previste in polizza, l'operatività decorre:

- a) dalle ore 24:00 dalla data di decorrenza della polizza per gli infortuni e aborto post-traumatico;
- b) dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di malattie e stati patologici dichiaratisul questionario sanitario, se non diversamente regolamentati con specifica appendice;
- c) dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di malattie, infezioni e stati patologici non rientranti nel punto precedente;
- d) dal 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio;
- e) dal 60° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per la garanzia di cui all'**Art. 2.7**.

Qualora la polizza sia emessa in sostituzione di altra polizza in essere con la Compagnia e relativamente allo stesso Assicurato, senza soluzione di continuità e quindi senza 1 (uno) giorno di mancata copertura, i periodi di cui sopra operano per le maggiori somme assicurate e per le diverse garanzie prestate dalla polizza sostituyente.

2.12 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone che, all'atto della sottoscrizione o nel corso del contratto:

- a. abbiano un'età superiore ai 65 anni. Qualora l'Assicurato compia il 65° anno di età durante il periodo di validità del contratto, la copertura assicurativa terminerà alla prima scadenza annua successiva;

- b. siano affette da diabete, alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, psicosi in genere;
- c. svolgano una delle attività professionali riportate nella **Tabella 1**.

La sopravvenienza di tali condizioni in corso di contratto è causa di cessazione dell'assicurazione; i premi eventualmente incassati successivamente al momento in cui la Compagnia ne venga a conoscenza saranno restituiti al Contraente e non costituiranno, in nessun caso, deroga alle predette condizioni; la Compagnia potrà recedere dal contratto con effetto immediato.

2.13 - Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti

IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CONVENZIONATI NON SONO APPLICATE FRANCHIGIE E/O SCOPERTI

Evento		Limiti di indennizzo	Franchigia/Scoperto NON CONVENZIONATO
2.3	RIMBORSO SPESE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	Nei limiti del massimale indicato in polizza per sinistro e per anno	30% con il minimo di 100€
SPESE DURANTE IL RICOVERO			
2.3 lettera a) punto 1	Apparecchi terapeutici e protesi	Compreso nel limite indicato in polizza alla garanzia RIMBORSO SPESE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera a) punto 2	Assistenza medica ed infermieristica	Compreso nel limite indicato in polizza alla garanzia RIMBORSO SPESE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera a) punto 3	Cure e protesi dentarie	€ 15.000 per sinistro e per anno	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera a) punto 4	Intervento chirurgico	Compreso nel limite indicato in polizza alla garanzia RIMBORSO SPESE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	30% con il minimo di 100€

2.3 lettera a) punto 5	Rette di degenza	Compreso nel limite indicato in polizza alla garanzia RIMBORSO SPESE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO € 500 per NON CONVENZIONATO	Non previsti
2.3 lettera a) punto 6	Spese accompagnatore per ricovero all'estero	€ 2.500 per sinistro	Non previsti
2.3 lettera a) punto 7	Terapie per malattia oncologiche	€ 1.000 per sinistro e per anno	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera a) punto 8	Trapianto/espianto di organi	Compreso nel limite indicato in polizza alla garanzia RIMBORSO SPESE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera a) punto 9	Trasporto Assicurato	€ 1.500 per sinistro	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera a) punto 10	Vitto e pernottamento accompagnatore	€ 1.500 per sinistro	Non previsti
SPESE PER PARTO			
2.3 lettera b punto 1)	Parto naturale	€ 3.000	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera b punto 2)	Parto cesareo	€ 5.000	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera b punto 3)	Aborto terapeutico	€ 3.000	30% con il minimo di 100€
SPESE PRE E POST RICOVERO			

2.3 lettera c punto 1)	Accertamenti diagnostici	Compreso nel limite indicato in polizza alla garanzia RIMBORSO SPESE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO € 30.000 per anno - NON CONVENZIONATO	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera c punto 2)	Trattamenti fisioterapici	Compreso nel limite indicato in polizza alla garanzia RIMBORSO SPESE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO € 30.000 per anno - NON CONVENZIONATO	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera c punto 3)	Trattamenti medici specialistici	Compreso nel limite indicato in polizza alla garanzia RIMBORSO SPESE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO € 30.000 per anno - NON CONVENZIONATO	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera c punto 4)	Visite specialistiche	Compreso nel limite indicato in polizza alla garanzia RIMBORSO SPESE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO € 30.000 per anno - NON CONVENZIONATO	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera d	Indennità sostitutiva	€ 100 al giorno con il limite massimo di 300 giorni	Non previsti
2.3 lettera e	Cure al feto e al neonato	€ 15.000 per sinistro e per anno	30% con il minimo di 100€
2.3 lettera f	Virus A.I.D.S.	€ 15.000	Non previsti
PRESTAZIONI SPECIALI			
2.3 lettera g punto 1)	Adattamento autovettura	€ 5.000	Franchigia assoluta Invalidità Permanente del 66%
2.3 lettera g punto 2)	Adattamento abitazione	€ 10.000	Franchigia assoluta Invalidità Permanente del 66%

2.3 lettera g punto 3)	Perdita anno scolastico	€ 5.000	Franchigia assoluta Invalidità Permanente del 24%
2.4	DIARIA DA RICOVERO E DA CONVALESCENZA	Nei limiti della somma assicurata indicata in polizza con il massimo di 300 giorni	Non previsti
2.4 lettera a	Ricovero	Compreso nel limite indicato in polizza alla garanzia DIARIA DA RICOVERO con il massimo di 300 giorni	Non previsti
2.4 lettera b	Convalescenza	Compreso nel limite indicato in polizza alla garanzia DIARIA DA RICOVERO con il massimo di 20 giorni	Non previsti
2.5	ALTA DIAGNOSTICA	Nei limiti del massimale indicato in polizza	30% con il minimo di 50€
2.6	CURE ONCOLOGICHE	Nei limiti del massimale indicato in polizza	30% con il minimo di 100€
2.6 lettera a	Acquisto dispositivi estetici	€ 500 per anno	Non previsti
2.6 lettera b	Acquisto medicinali	Nei limiti del massimale indicato in polizza alla garanzia CURE ONCOLOGICHE	Non previsti
2.6 lettera c	Consulenza psicologica	€ 2.000 per anno	30% con il minimo di 100€
2.6 lettera d	Terapie	Nei limiti del massimale indicato in polizza alla garanzia CURE ONCOLOGICHE	30% con il minimo di 100€
2.7	VISITE MEDICHE	Nei limiti del massimale indicato in polizza	30% con il minimo di 50€

Sezione 3 – Assistenza

Art. 3.1 – Chi è assicurato

L'Assicurato indicato in polizza.

Art. 3.2 – Contro quali danni posso assicurarmi

La Compagnia si impegna a fornire all'Assicurato una prestazione di immediato aiuto, **con i limiti previsti all'Art. 3.6**, nel caso in cui questi si trovi in una situazione di difficoltà a seguito del verificarsi di una malattia o di un infortunio occorso durante il periodo di copertura della polizza stessa.

Le coperture sono attivabili per un **limite massimo di 3 volte per anno assicurativo** e sono erogate da Blue Assistance.

Le **garanzie prestate** sono le seguenti:

A - CONSIGLI MEDICI E FARMACEUTICI TELEFONICI

La Centrale Operativa mette a disposizione il proprio servizio di consulenza medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti da adottare in caso di malattia o infortunio, sui medicinali commercializzati in Italia, su composizione, equivalenza prodotti, posologia, eventuali controindicazioni e sul reperimento delle farmacie di turno.

B - INVIO DI UN MEDICO GENERICO O DI UN'AMBULANZA

Qualora l'Assicurato richieda una visita medica presso la propria residenza/domicilio, la Centrale Operativa, nel caso in cui i propri medici lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico.

Il servizio è attivo nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24.

Qualora nessuno dei medici convenzionati con la Centrale Operativa sia immediatamente disponibile, la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il trasferimento di quest'ultimo nel più vicino Istituto di Cura mediante autoambulanza o altro veicolo adatto alla circostanza. A tal proposito, si precisa che Blue Assistance non si sostituisce mai in forma diretta alle organizzazioni di pubblico servizio.

C - TRASFERIMENTI IN ISTITUTI DI CURA SPECIALIZZATI

Qualora l'Assicurato necessiti di essere trasferito presso un Istituto di Cura specializzato per essere ricoverato, anche al di fuori della propria regione di residenza/domicilio, la Centrale Operativa, **nel caso in cui i propri medici di guardia, d'intesa con il medico curante, lo valutino necessario**, provvede a:

- individuare e prenotare l'Istituto di Cura specializzato in Italia;
- organizzare i contatti medici.

La Centrale Operativa organizza il trasferimento dell'Assicurato, con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare, utilizzando un'autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza.

D - RIENTRO SALMA

Qualora l'Assicurato deceda nel corso di un viaggio, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il trasporto del corpo fino al luogo d'inumazione, dopo aver adempiuto tutte le formalità. La prestazione opera **fino alla concorrenza di € 5.000 per sinistro, escluse le spese per l'eventuale ricerca e recupero della salma e le spese d'inumazione.**

E - CONSULENZA ARCHITETTO

Qualora a seguito di malattia o infortunio, **che abbiano provocato un'invalidità permanente**, l'Assicurato necessiti di riadattare i locali della propria abitazione, la Centrale Operativa provvede a reperire un architetto che fornisca una consulenza sui lavori da eseguire.

Il costo della consulenza resta a carico dell'Assicurato.

F - INVIO DI PERSONALE INFERMIERISTICO

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una struttura sanitaria in cui sia stato ricoverato a seguito di infortunio o malattia **per un periodo non inferiore a 3 giorni**, richieda, in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione, assistenza infermieristica presso la propria residenza, la Centrale Operativa provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico della Compagnia **fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.**

Al fine di organizzare al meglio il servizio, è necessario rispettare un preavviso minimo di 48 ore. La mancanza del preavviso comporta la mancata attivazione del servizio.

G - INVIO DI UN FISIOTERAPISTA

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una struttura sanitaria in cui abbia subito un intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio richieda, in quanto **certificato nella cartella clinica di dimissione**, l'assistenza di un fisioterapista presso la propria residenza, la Centrale Operativa provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico della Compagnia **fino alla concorrenza di € 700 per sinistro.**

H - PRELIEVO E CONSEGNA REFERTI

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza, per infortunio o malattia **certificati dal medico curante**, e sia richiesta l'effettuazione di prelievi necessari per un'analisi clinica (esami del sangue, delle feci, delle urine ed esami colturali chimico fisici di altre secrezioni biologiche), la Centrale Operativa, compatibilmente con la disponibilità delle locali strutture sanitarie, provvede a organizzare il prelievo dei campioni da analizzare presso la residenza dell'Assicurato, la consegna presso il laboratorio di analisi e il successivo recapito del referto all'Assicurato stesso.

Il costo degli esami resta a carico dell'Assicurato

I - CONSEGNA FARMACI

Qualora l'Assicurato venga a trovarsi in uno stato di non autosufficienza temporanea presso la propria residenza/domicilio, a seguito di malattia o infortunio, **che comporti una permanenza a letto per almeno 3 giorni, certificata da prescrizione medica** - la Centrale Operativa - **per un periodo massimo di 20 giorni successivi al sinistro** - provvede a garantire la consegna di farmaci non salvavita.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni **deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa** fornendo l'elenco dei farmaci da acquistare dietro prescrizione medica, **purché rientranti tra quelli regolarmente registrati in Italia**, nonché gli estremi per il recapito. **La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto di medicinali.** L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico della Compagnia.

A carico dell'Assicurato resta il solo costo dei farmaci ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

J - CONSEGNA SPESA

Qualora l'Assicurato si trovi in uno stato di non autosufficienza temporanea presso la propria residenza/domicilio, a seguito di malattia o infortunio, **che comporti una permanenza a letto per almeno 5 giorni, certificati da prescrizione medica** – la Centrale Operativa provvede a garantire, **per un periodo di 30 giorni successivi al sinistro**, la consegna di generi alimentari o di prima necessità.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni **deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa** fornendo l'elenco degli articoli da acquistare, purché rientranti tra quelli comunemente reperibili nei supermercati, nonché gli estremi per il recapito.

La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - fino a 2 volte la settimana, previo accordo con l'Assicurato.

L'erogazione della prestazione, comprensiva della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico della Compagnia.

A carico dell'Assicurato resta il solo costo dei generi alimentari o di prima necessità ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

K - FORNITURA DI ATTREZZATURE MEDICO - CHIRURGICHE

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da un Istituto di Cura in cui sia stato ricoverato a seguito di malattia o infortunio, richieda, **in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione**, una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- letto ortopedico;
- materasso antidecubito.

La Centrale Operativa fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato, **sino ad un massimo di 90 giorni per sinistro**, tenendo il costo a carico della Compagnia.

Se per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrezzature, la Compagnia provvederà a rimborsare l'Assicurato delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, **fino alla concorrenza di 300€ per sinistro, a fronte della presentazione di fattura o ricevuta fiscale** da parte dell'Assicurato stesso.

L - CONSEGNA DOCUMENTI

Qualora l'Assicurato venga a trovarsi in uno stato di non autosufficienza temporanea presso la propria residenza/domicilio, a seguito di malattia o infortunio, **che comporti una permanenza a letto di almeno 3 giorni - certificati da prescrizione medica** – ed abbia la necessità di recapitare, spedire o ricevere certificati, ricevute di pagamento e documenti **che rivestano un oggettivo carattere di urgenza**, la Centrale Operativa **per un periodo massimo di 20 giorni successivi al sinistro**, provvede a garantire la consegna dei documenti.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere la prestazione **deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa** fornendo l'elenco dei documenti ed indicando il luogo presso cui recapitarli o prenderli in consegna.

La consegna potrà avvenire - **nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta a settimana**, previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto degli orari d'apertura e chiusura degli uffici. L'erogazione della prestazione, comprensiva della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico della Compagnia.

M - INVIO DI UN COLLABORATORE DOMESTICO

Qualora, a seguito di malattia o infortunio, l'Assicurato venga a trovarsi presso la propria residenza/domicilio, **in una condizione tale per cui consegua una necessaria permanenza a letto di almeno 5 giorni certificata da prescrizione medica**, la Centrale Operativa - **compatibilmente con le disponibilità locali** - provvede ad inviare una collaboratrice domestica, tenendo il costo a carico della Compagnia **fino a un massimo di 12 (dodici) ore**.

Tali prestazioni possono essere usufruite dall'Assicurato in moduli di 4 o 6 ore nelle fasce orarie diurne, con cadenza pianificata, per un arco temporale massimo di 1 mese.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato **deve comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione con 3 giorni di anticipo**.

Art. 3.3 – Con quali condizioni operative attivo la garanzia

La Compagnia presta il servizio di assistenza tramite una struttura organizzativa esterna in conformità al Regolamento Isvap n. 12 del 9 gennaio 2008 ed eroga le prestazioni di assistenza attraverso la Centrale Operativa di Blue Assistance S.p.A., attiva 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno.

Per poter usufruire delle prestazioni di assistenza, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa, ai seguenti numeri di telefono: Numero verde 800.055.177 (dall'Italia) - Linea urbana +39 011 74.172.66 (dall'Estero).

La Centrale Operativa è attiva 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, ma l'erogazione delle prestazioni dipende da data e orario di attivazione che, di consuetudine, avviene nelle ore diurne lavorative.

La Compagnia non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in denaro o in natura, in alternativa o a titolo di compensazione in caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per negligenza di questi.

La Compagnia non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo ritardo o

mancato intervento dovuto, causa di forza maggiore o a inesatte o incomplete informazioni fornite dall'Assicurato.

Art. 3.4 – Estensione territoriale

Le prestazioni sono operanti nel territorio della **Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.**

Art. 3.5 – Esclusioni

L'Assistenza non opera per gli infortuni e le malattie derivanti da:

- a. **patologie preesistenti e conseguenze da esse derivanti;**
- b. **menomazioni preesistenti, di qualsiasi ordine e tipologia;** in questo caso sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'evento avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti suddette;
- c. **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore sotto l'influenza dell'alcool, quando l'alcolemia accertata sia superiore al limite previsto dalla normativa vigente;**
- d. **infortuni occorsi sotto l'influenza dell'alcool, di sostanze stupefacenti ad uso non terapeutico e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;**
- e. **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;**
- f. **alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;**
- g. **delitti ed atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, atti di autolesionismo, suicidio, tentato suicidio;**
- h. **movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, trombe d'aria e uragani;**
- i. **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;**
- j. **guerra (dichiarata e non), insurrezioni e contaminazioni chimiche e biologiche derivanti, direttamente od indirettamente da atti terroristici, occupazioni militari;**
- k. **guida di mezzi subacquei;**
- l. **viaggi aerei in qualità di passeggero effettuati su aeromobili diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su ogni altro mezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo;**
- m. **viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, di allievo pilota o qualunque altro membro dell'equipaggio;**
- n. **pratica di attività sportive a livello professionistico, oppure quando a tali attività sportive sia dedicato impegno temporale prevalente rispetto a qualsiasi altra occupazione;**
- o. **pratica di paracadutismo e sport aerei in genere, anche in qualità di passeggero (deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili);**
- p. **pratica di bungee jumping;**

- q. **partecipazione a gare e/o prove motoristiche e motonautiche, compresi i liberi accessi a circuiti;**
- r. **partecipazione a imprese di carattere eccezionale** (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
- s. **la pratica e la partecipazione alle seguenti discipline sportive, in qualità di tesserato e sotto l'egida delle relative Federazioni Sportive o di associazioni ad esse equiparabili, a corse, gare e/o allenamenti di: baseball, rugby, hockey su ghiaccio e a rotelle, pattinaggio su ghiaccio e a rotelle, roller derby, calcio, calcio a cinque (e simili), ciclismo, equitazione, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, beach volley, sci e sci nautico, snowboard, bob, football americano, atletica pesante, lotta e arti marziali nelle loro forme, immersione con autorespiratore, pugilato, kitesurf, snowkite, rafting, canoa o idrospeed o canyoning in tratti caratterizzati da rapide, speleologia, salto dal trampolino con sci, sci di velocità, sci acrobatico, idrosci, bobslettino-skeleton praticati su pista, bobsleigh (guidoslitta), alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciaio di difficoltà superiore al 3° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A., alpinismo o free climbing in solitaria o in territorio extraeuropeo.** Per alpinismo/free climbing in solitaria si intende la progressione su roccia e/o ghiaccio senza essere affiancato 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;
- t. **manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;**
- u. **malattie e stati patologici noti e/o diagnosticati all'Assicurato e non dichiarati, con dolo o colpa grave, sul questionario sanitario all'atto di stipula del contratto;**
- v. **malattie e stati patologici dichiarati sul questionario sanitario ed espressamente esclusi dalla Compagnia con specifica clausola;**
- w. **patologie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio), prima dell'effetto dell'assicurazione;**
- x. **malformazioni o difetti fisici preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione, salvo quanto previsto per il neonato all'Art. 2.3;**
- y. **patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze, compresi i comportamenti nevrotici, nonché la psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia o paranoide, anoressia, bulimia, e simili;**
- z. **gli infortuni conseguenti a malattie mentali;**
- aa. **le prestazioni e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali quelle omeopatiche, fitoterapiche, agopuntura, nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;**
- bb. **prestazioni occorse per finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva);**
- cc. **check-up ed esami di routine;**
- dd. **interventi chirurgici per la correzione di vizi di refrazione;**
- ee. **cure dentarie quali: paradontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche e visite dentistiche;**
- ff. **aborto volontario non terapeutico;**

- gg. **infertilità, sterilità, impotenza e qualsiasi tipo di fecondazione assistita;**
- hh. **sieropositività da virus H.I.V., nonché le malattie sessualmente trasmesse;**
- ii. **manipolazione di materiale pirotecnico anche come attività non professionale;**
- jj. **ricoveri a carattere assistenziale in seguito a non-autosufficienza dell'Assicurato.**

Art. 3.6 – Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti

PER LE SEGUENTI PRESTAZIONI NON SONO APPLICATE FRANCHIGIE E/O SCOPERTI

Prestazioni	Limiti di indennizzo	Massimale
A – CONSIGLI MEDICI E FARMACEUTICI TELEFONICI	Non previsti	Non previsto
B – INVIO DI UN MEDICO GENERICO O DI UN'AMBULANZA	Non previsti	Non previsto
C – TRASFERIMENTO IN ISTITUTI DI CURA SPECIALIZZATI	Non previsti	Non previsto
D – RIENTRO SALMA	Non previsti	€ 5.000 per sinistro
E – CONSULENZA ARCHITETTO	Non previsti	Non previsto
F – INVIO DI UN INFERMIERE	Non previsti	€ 500 per sinistro
G – INVIO DI UN FISIOTERAPISTA	Non previsti	€ 700 per sinistro
H – PRELIEVO E CONSEGNA REFERTI	Non previsti	Non previsto
I – CONSEGNA FARMACI	Massimo 20 giorni	Non previsto
J – CONSEGNA SPESA	Massimo 30 giorni	Non previsto
K – FORNITURA DI ATTREZZATURE MEDICO-CHIRURGICHE	Massimo 90 giorni	€ 300
L – CONSEGNA DOCUMENTI	Massimo 20 giorni	Non previsto
M – INVIO DI UNA COLLABORATRICE DOMESTICA	Massimo 12 ore	Non previsto

Sezione 4 – Tutela Legale

Art. 4.1 – Chi è assicurato

L'Assicurato indicato in polizza.

Art. 4.2 – Contro quali danni posso assicurarmi

Qualora l'Assicurato venga coinvolto in una vertenza relativa alla vita privata, la Compagnia, **con i limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti indicati all'Art. 4.7**, copre le seguenti spese:

- compensi dell'avvocato per la trattazione stragiudiziale e giudiziale della vertenza;
- compensi dell'avvocato per la negoziazione assistita o per la mediazione;
- compensi dell'avvocato per la querela, **se a seguito di questa la controparte è rinviata a giudizio in sede penale;**
- compensi dell'avvocato domiciliatario, **se indicato da ARAG;**
- spese di soccombenza poste a carico dell'assicurato;
- spese di esecuzione forzata, **fino a due tentativi per sinistro;**
- spese dell'organismo di mediazione, **se la mediazione è obbligatoria;**
- spese per l'arbitrato, sia dell'avvocato difensore che degli arbitri;
- compensi dei periti;
- spese di giustizia;
- spese di investigazione difensiva nel procedimento penale.

Le spese legali sono coperte per l'intervento di **un avvocato per ogni grado di giudizio**.

a) MALPRACTICE MEDICA

Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni subiti in caso di lesioni fisiche, psichiche e morali conseguenti a *malpractice* medica, compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

La garanzia opera per le vertenze contrattuali e per quelle extra contrattuali; nei confronti del medico o dell'operatore sanitario che ha eseguito la prestazione medica e/o paramedica e nei confronti della struttura sanitaria pubblica o privata dove è stata eseguita la prestazione medica, paramedica o riabilitativa.

b) ISTITUTI O ENTI PUBBLICI DI ASSICURAZIONI

Sono coperte le spese sostenute per le vertenze con istituti o enti pubblici di assicurazioni previdenziali o sociali (INPS – INAIL) relative alla posizione previdenziale/assistenziale.

c) RICORSI AVVERSO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Sono coperte le spese sostenute per l'impugnazione dei provvedimenti di diniego oppure in caso di silenzio in materia di inabilità e di invalidità.

Art. 4.3 – Con quali condizioni operative attivo la garanzia

Sono coperti i sinistri avvenuti:

- dalla data di efficacia della copertura assicurativa per il danno o presunto danno extra contrattuale e per la violazione o presunta violazione di norme penali o amministrative;
- trascorsi 3 (tre) mesi dalla data di efficacia della copertura assicurativa in tutte le restanti ipotesi; se la polizza è emessa senza interruzione della copertura per lo stesso rischio dopo una precedente polizza, il periodo di 3 (tre) mesi opera soltanto per le garanzie non previste nella precedente polizza. In questo caso **l'Assicurato ha l'obbligo in sede di denuncia del sinistro di fornire idonea documentazione atta a comprovare l'esistenza di una polizza precedente di tutela legale.**

La data di avvenimento del sinistro è quella in cui si verifica l'evento a seguito del quale insorge la vertenza.

L'evento, in base alla natura della vertenza, è inteso come:

- il danno o presunto danno extracontrattuale subito dall'Assicurato;
- la violazione o presunta violazione del contratto;
- la violazione o la presunta violazione della norma di legge.

In presenza di più eventi dannosi della stessa natura, la data di avvenimento del sinistro è quella in cui si verifica il primo evento dannoso.

Uno o più eventi dannosi tra loro collegati o consequenziali o riconducibili ad un medesimo contesto, anche quando coinvolgono una pluralità di soggetti, sono trattati e considerati come un unico sinistro e la data di avvenimento è quella del primo evento dannoso.

Art. 4.4 – Operatività delle garanzie in presenza di polizza di Responsabilità Civile

Se un assicuratore di responsabilità civile assume la gestione della lite per conto dell'Assicurato, le garanzie previste in polizza operano a secondo rischio, quindi dopo l'esaurimento del massimale dovuto per legge o per contratto dall'assicuratore di responsabilità civile per spese di resistenza e soccombenza.

In tutti gli altri casi la presente polizza, nei limiti del massimale, delle garanzie e delle eventuali garanzie opzionali acquistate, opera a primo rischio.

Art. 4.5 – Estensione territoriale

La garanzia malpractice medica (**Art. 4.2 lettera a**) opera in **Unione Europea, Regno Unito, Svizzera, Liechtenstein, Principato di Monaco, Principato di Andorra, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino**, se in questi paesi avviene il sinistro e si trova l'ufficio giudiziario competente.

Le garanzie:

- istituti o enti pubblici di assicurazioni (**Art. 4.2 lettera b**),
- ricorsi avverso la Pubblica Amministrazione (**Art. 4.2 lettera c**)

operano in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino, se in questi paesi avviene il sinistro e si trova l'ufficio giudiziario competente.

Art. 4.6 – Esclusioni

Se nel contratto non è previsto diversamente, **le garanzie non operano per sinistri relativi a:**

- a. **diritto di famiglia, successioni o donazioni;**
- b. **materia fiscale o amministrativa;**
- c. **fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, serrate, detenzione o impiego di sostanze radioattive;**
- d. **danni nucleari o genetici** causati dall'assicurato, salvo il caso di sinistri conseguenti a trattamenti medici;
- e. **fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali viene riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme;**
- f. **proprietà, guida o circolazione di veicoli a motore, imbarcazioni da diporto, aeromobili o veicoli che viaggiano su tracciato veicolato o su funi metalliche;**
- g. **fatti dolosi degli assicurati;**
- h. **fatti non accidentali che causano inquinamento dell'ambiente;**
- i. **compravendita o permuta di immobili, leasing immobiliare;**
- j. **costruzione ex novo di edifici, compresi i connessi contratti di fornitura o posa in opera di materiali o impianti;**
- k. **trasformazione, ristrutturazione dell'immobile assicurato o di sue parti con o senza ampliamento di volumi;**
- l. **immobili non direttamente utilizzati dagli assicurati;**
- m. **fabbricazione o commercializzazione di esplosivi, armi o equipaggiamento militare;**
- n. **reati di diffamazione e diffamazione a mezzo stampa commessi da giornalisti nella loro attività professionale;**
- o. **prestazioni mediche con finalità esclusivamente estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva;**
- p. **esercizio della professione medica, dell'attività medica o di operatore sanitario;**
- q. **esercizio della libera professione o dell'attività d'impresa;**
- r. **vertenze con la Compagnia;**
- s. **vertenze con la Banca distributrice;**
- t. **adesione ad azioni di classe (class action);**
- u. **difesa penale per abuso di minori.**

Inoltre, **la Compagnia non copre:**

- **compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite;**
- **compensi dell'avvocato per la querela, se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale;**
- **compensi dell'avvocato domiciliatario, se non indicato da ARAG;**
- **spese per l'indennità di trasferta;**
- **spese di esecuzione forzata oltre il secondo tentativo per sinistro;**
- **spese dell'organismo di mediazione, se la mediazione non è obbligatoria;**
- **imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle spese di giustizia;**
- **multe, ammende e sanzioni pecuniarie in genere;**

- spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'assicurato nei procedimenti penali;
- spese non concordate con ARAG;
- ogni duplicazione di onorari, nel caso di domiciliazione;
- spese recuperate dalla controparte;
- le spese sostenute per la fase stragiudiziale se non è gestita da ARAG;
- le spese sostenute per gli accordi economici tra assicurato e avvocato, per la transazione della vertenza e per l'intervento del perito o del consulente tecnico di parte, se non preventivamente autorizzate da ARAG.

Art. 4.7 – Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti

Prestazioni	Limiti di indennizzo	Franchigia/Scoperto
SPESE LEGALI, PERITALI, DI GIUSTIZIA, PROCESSUALI E DI INDAGINE NEI CASI INDICATI NELL'ART. 4.2	€ 10.000 per sinistro € 50.000 per anno	Non previsti

Sezione 5 – Contratto dalla A alla Z

Art. 5.1 – Modalità di sottoscrizione del contratto di assicurazione

La conclusione del presente contratto è subordinata alla valutazione da parte della Compagnia del Questionario sanitario compilato dall'Assicurato.

L'assicurazione è infatti prestata in base alle dichiarazioni rese nel Questionario sanitario, che forma parte integrante della polizza. È necessario che le dichiarazioni siano precise e veritiere, senza omissione di circostanze o informazioni relative al proprio stato di salute.

Eventuali inesattezze, reticenze o dichiarazioni non corrette possono infatti compromettere il diritto dell'Assicurato alla prestazione assicurativa.

Art. 5.2 – Pagamento del premio

Il pagamento del premio avviene, a seguito di autorizzazione del Contraente, mediante addebito del relativo importo sul conto corrente bancario che il Contraente stesso intrattiene con la Banca. L'attestazione dell'avvenuto pagamento effettuato secondo questa modalità costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza ed è condizione essenziale per l'efficacia del contratto e dei successivi rinnovi.

Il Premio verrà addebitato annualmente in un'unica soluzione; è comunque data facoltà al Contraente di optare per il frazionamento mensile del premio, per una rata di premio lordo di importo non inferiore a 10 euro.

In caso di estinzione del rapporto bancario intrattenuto dal Contraente presso la Banca distributrice, la copertura terminerà alla prima scadenza annuale utile, senza necessità di esplicita disdetta.

Il contratto si intenderà risolto nel caso in cui il Contraente non comunichi le eventuali variazioni del conto corrente di addebito intrattenuto presso una filiale della Banca distributrice.

Nel caso in cui il Contraente abbia optato per il **pagamento del premio con frazionamento mensile, al momento della chiusura del conto dovranno essere corrisposte le residue rate di premio relative al periodo assicurativo annuo in corso.**

Art. 5.3 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché l'annullamento del contratto di assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 5.4 – Decorrenza e durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se il premio è stato pagato; in caso contrario, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio.

La polizza ha durata annuale. L'assicurazione è prorogata di anno in anno, fatta salva l'eventuale disdetta che dovrà essere comunicata alla Compagnia nel termine di 30 (trenta) giorni prima della scadenza.

In mancanza di disdetta l'assicurazione è pertanto prorogata per 1 (uno) ulteriore anno e così di seguito.

Per esercitare tale diritto, il Contraente dovrà inviare alla Compagnia disdetta attraverso raccomandata A/R al seguente indirizzo:

**Banco BPM Assicurazioni S.p.A.
Via Massaua, 6
20146 Milano**

In alternativa alla comunicazione a mezzo lettera raccomandata, se il Contraente è in possesso di un indirizzo di posta elettronica certificata, la richiesta di disdetta può essere inviata all'indirizzo di posta elettronica certificata della Compagnia: gestioneclienti@pec.bancobpmassicurazioni.it

La Compagnia può inviare disdetta al Contraente nel termine di 30 giorni prima rispetto alla scadenza annuale tramite raccomandata A/R all'indirizzo del Contraente.

In mancanza di disdetta l'assicurazione è pertanto prorogata per 1 (uno) ulteriore anno e così di seguito.

In caso di mancato pagamento del premio o della rata del premio alla scadenza convenuta, anche nell'ipotesi in cui l'addebito non possa essere effettuato per insufficienza di fondi sul conto corrente, la copertura sarà sospesa e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.

A norma dell'articolo 1901 del Codice Civile, il contratto è risolto di diritto se nei 6 (sei) mesi successivi alla scadenza, il Contraente non provvede a regolarizzare il pagamento dei premi arretrati.

Resta inteso che gli eventuali sinistri occorsi nel periodo di sospensione delle garanzie assicurative non saranno indennizzabili.

Art. 5.5 – Firma digitale

In caso di Vendita a Distanza, la sottoscrizione può avvenire mediante Firma Digitale, come disciplinata dal D. Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 (Codice dell'Amministrazione digitale) e relative norme di attuazione. In questo caso, la polizza viene emessa sotto forma di documento informatico tale da soddisfare i requisiti della forma scritta nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia.

Art. 5.6 – Diritto di recesso

In caso di Vendita a Distanza e a condizione che non abbia denunciato sinistri, entro 14 (quattordici) giorni dalla decorrenza, il Contraente ha il diritto di recedere dal contratto inviando richiesta scritta tramite lettera raccomandata A/R. a Banco BPM Assicurazioni S.p.A. - Via Massaua, 6 - 20146 Milano. In alternativa alla comunicazione tramite raccomandata, se il Contraente è in possesso di un indirizzo di posta elettronica certificata,

può inviare la richiesta di recesso all'indirizzo di posta elettronica certificata della Compagnia: gestioneclienti@pec.bancobpmassicurazioni.it

La Compagnia provvederà a rimborsare al Contraente il Premio pagato e non goduto in ragione di 1/360 del premio annuo per giorno di garanzia residua, a far data dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione, al netto delle imposte.

Art. 5.7 – Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di dichiarare l'esistenza di altre polizze.

In caso di sinistro, **il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.**

Art. 5.8 – Limite massimo dell'indennizzo

La Compagnia è tenuta a indennizzare i sinistri, se dovuti, nei limiti della somma assicurata indicata nella scheda di polizza, fatto salvo quanto previsto dall'art. 1914 del Codice Civile.

Art. 5.9 – Aggiornamento del premio all'età dell'Assicurato

Alla scadenza di ciascuna annualità, i premi imponibili annuali in corso, per le sole garanzie previste alla **sezione 2** "Sezione Malattia e Infortuni" che precede, sono incrementati automaticamente col crescere dell'età dell'Assicurato, in base alle percentuali di variazione indicate nella **Tabella 2**.

Sull'importo così ottenuto viene applicata l'indicizzazione prevista dall'**Art. 5.10**.

Art. 5.10 – Indicizzazione del premio

Le somme assicurate, i massimali e i premi della **sezione 2 "Sezione Malattia e Infortuni"** indicati in polizza, sono collegati all'*"Indice nazionale dei prezzi al consumo per l'intera collettività - Servizi sanitari e spese per la salute"* pubblicato dall'Istituto Centrale di Statistica, in conformità a quanto segue:

- nel corso di ogni anno solare, sarà adottato, come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di gennaio dell'anno precedente;
- alla scadenza di ogni rata annuale, la somma assicurata, i massimali, le franchigie, gli altri limiti di garanzia, non espressi in percentuale, ed i premi, verranno aumentati o ridotti in proporzione alla variazione dell'indice;
- l'aumento o la riduzione decorreranno dalla scadenza della rata annuale, dietro rilascio all'assicurato di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Art. 5.11 – Oneri fiscali

Le imposte, i contributi, le tasse e tutti gli oneri stabiliti dalla legge, presenti e futuri, relativi al premio e agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente.

Art. 5.12 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni inerenti al contratto debbono farsi per iscritto mediante invio di lettera raccomandata A/R, fax o posta elettronica certificata all'attenzione di:

Banco BPM Assicurazioni S.p.A.
Via Massaua, 6 - 20146 Milano MI
Fax +39.02.72235.080,

Posta Elettronica Certificata: gestioneclienti@pec.bancobpmassicurazioni.it

oppure alla filiale della Banca distributrice alla quale è assegnato il Contratto di assicurazione.

Art. 5.13 – Legge applicabile, sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente

Per quanto non regolato espressamente dal presente contratto valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

Ai sensi del D. Lgs. del 4 marzo 2010 n. 28 e successive modifiche, qualunque controversia relativa al presente contratto, deve essere sottoposta ad un tentativo di mediazione, mediante istanza che deve essere presentata ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero di Giustizia (e consultabile sul sito internet www.giustizia.it). Il tentativo di mediazione è obbligatorio in materia di contratti assicurativi ed è condizione di procedibilità dell'eventuale contenzioso.

La richiesta di mediazione deve essere inviata a Banco BPM Assicurazioni S.p.A. - Direzione Affari Legali e Societari - Via Massaua 6 - 20146 Milano ovvero a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo comunicazioni@pec.bancobpmassicurazioni.it

Se la mediazione non ha successo, il foro competente è quello del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o dei soggetti che intendano far valere diritti derivanti dal presente contratto.

In caso di controversie di natura medica sulla misura delle indennità, la Compagnia e l'Assicurato possono demandare per iscritto la decisione ad un **Collegio di tre medici**. I membri del Collegio sono nominati:

- uno dalla Compagnia;
- uno dal Contraente;
- uno di comune accordo tra le parti.

In caso di disaccordo sul terzo membro del Collegio, quest'ultimo è nominato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici. Qualora la richiesta di convocazione del Collegio Medico sia fatta dall'Assicurato, la Compagnia si impegna ad aderirvi.

Il Collegio Medico si riunisce nel luogo (città) in cui ha sede l'Istituto di Medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e provvede al pagamento del medico da ciascuna nominato, contribuendo per metà delle spese e competenze limitatamente al terzo medico.

Art. 5.14 – Prescrizione

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono **in 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto** su cui il diritto si fonda.

Art. 5.15 – Sostituzione polizza

È consentita la sostituzione di polizza **solo** in caso di modifica delle garanzie selezionate dall'Assicurato.

Sezione 6 – Denuncia ed obblighi in caso di sinistro

Art. 6.1 – Denuncia in caso di sinistro

SEZIONE 2 – MALATTIA E INFORTUNI

La gestione dei sinistri viene affidata alla Società BLUE ASSISTANCE S.P.A.

Per denunciare un sinistro, l'Assicurato (o i suoi aventi causa) può scegliere tra uno dei seguenti canali:

Telefono

**Numero per l'Italia 800.055.177 (per Italia)
Linea Urbana +39 011 741.72.66 (per l'Estero)**

Blue Assistance è a disposizione degli Assicurati:

- **dalle ore 8.00 alle 18.00 dei giorni feriali e dalle ore 8.00 alle 12.00 del sabato, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati**, supportando eventualmente l'Assicurato per scegliere struttura e medici più idonei per ogni necessità;
- **24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per consigli medici utili ad orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.**

Sito internet o tramite App

www.blueassistance.it (previa registrazione)

L'Assicurato può effettuare la registrazione tramite Login e password che vengono rilasciati al primo accesso.

Posta

**Banco BPM Assicurazioni
c/o BLUE ASSISTANCE
via Santa Maria n. 11
10122 – TORINO**

Per eventuali richieste di informazioni successive alla denuncia di sinistro scrivere a:
gestioneclienti.bpmassicurazioni@pec.it

SEZIONE 3 – ASSISTENZA

La gestione dei sinistri viene affidata alla Società BLUE ASSISTANCE S.P.A. **Per ottenere l'Assistenza l'Assicurato deve telefonare sempre e preventivamente alla Centrale Operativa**, componendo i numeri di telefono:

**Numero per l'Italia 800.055.177 (per Italia)
Linea Urbana +39 011 741.72.66 (per l'Estero)**

La Centrale Operativa è a disposizione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno per raccogliere le richieste.

SEZIONE 4 – TUTELA LEGALE

Relativamente ai sinistri della Sezione 4 – Tutela Legale, la gestione è affidata alla Società ARAG – Viale del Commercio n. 59 - 37135 Verona, alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.

In caso di sinistro, la denuncia deve essere presentata **tempestivamente alla Compagnia e/o ad ARAG nel momento in cui l'Assicurato ne ha conoscenza** o comunque **nel rispetto del termine massimo di 24 (ventiquattro) mesi** dalla data di cessazione della polizza o di eventuali altre polizze emesse successivamente senza interruzione della copertura assicurativa per lo stesso rischio.

L'Assicurato ha l'obbligo di informare la Compagnia e/o ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del sinistro e **ha l'obbligo di indicare e mettere a disposizione**, se richiesti, **i mezzi di prova, i documenti e le eventuali altre polizze assicurative**.

Il Contraente ha l'obbligo di fornire idonea documentazione atta a comprovare l'esistenza di una polizza precedente di tutela legale.

Principali riferimenti:

Telefono centralino: 045.8290411

E-mail per invio nuove denunce di sinistro: denunce@ARAG.it

Fax per invio nuove denunce di sinistro: +39 045.8290557

E-mail per invio successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro:
sinistri@ARAG.it

Fax per invio successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro +39
045.8290449

Art. 6.2 – Obblighi in caso di sinistro

SEZIONE 2 – MALATTIA E INFORTUNI

L'Assicurato deve:

- sottoporsi, anche in fase di ricovero, ad eventuali controlli ed accertamenti medici disposti dalla Compagnia o dai propri incaricati, mettendo a disposizione qualsiasi informazione necessaria;
- produrre la documentazione medica necessaria, sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti della Compagnia e dei propri incaricati, i medici che hanno effettuato visite e cure.

In caso di ricovero in territorio extra europeo con pagamento in forma diretta da parte di Blue Assistance, l'Assicurato deve acquisire personalmente la cartella clinica presso la struttura sanitaria e trasmetterla tramite uno dei canali indicati all'**Art. 6.1**. La traduzione della cartella clinica resta a carico dell'Assicurato.

Qualora per lo stesso rischio siano stipulate altre assicurazioni, l'Assicurato deve dare avviso del sinistro a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

L'Assicurato che si avvale delle prestazioni usufruendo delle strutture e dei medici convenzionati con Blue Assistance delega la Compagnia a sostenere o far sostenere, in suo

nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per le prestazioni contrattualmente previste.

Qualora il sinistro risultasse non indennizzabile, l'Assicurato si impegna a restituire le somme eventualmente liquidate direttamente per suo conto dalla Compagnia.

SEZIONE 3 – ASSISTENZA

L'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa i seguenti dati:

- a) le proprie generalità e l'eventuale suo indirizzo o recapito temporaneo (località, via, telefono ecc.);
- b) numero di polizza;
- c) tipologia del sinistro e luogo di accadimento;
- d) tipo di prestazione richiesta.

Per attivare la garanzia l'Assicurato deve contattare immediatamente la Centrale Operativa e deve inoltre:

- I. fornire ogni informazione e documentazione richiesta dalla Centrale Operativa;**
- II. sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla Centrale Operativa;**
- III. produrre, se richiesta dalla Centrale Operativa, copia della cartella clinica completa;**

Qualora l'Assicurato non abbia contattato preventivamente la Centrale Operativa, la Compagnia non indennizza le prestazioni non disposte direttamente dalla Centrale Operativa stessa.

SEZIONE 4 – TUTELA LEGALE

L'Assicurato ha l'obbligo di informare la Compagnia e/o ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del sinistro e ha l'obbligo di indicare e mettere a disposizione, se richiesti, i mezzi di prova, i documenti e le eventuali altre polizze assicurative.

In mancanza, ARAG non può essere ritenuta responsabile di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del sinistro, nonché di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.

Nella fase di gestione del sinistro: per valutare la copertura assicurativa della fase giudiziale, comprese eventuali successive impugnazioni, ARAG verifica preventivamente l'idoneità delle **prove e argomentazioni che l'Assicurato ha l'obbligo di fornire.**

L'Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia e/o ad ARAG l'esistenza o la successiva stipulazione di altre polizze per lo stesso rischio e ha l'obbligo di dare avviso dei sinistri a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai fini della ripartizione proporzionale delle spese.

Ricevuta la denuncia del sinistro ARAG verifica la copertura assicurativa e la fondatezza delle ragioni dell'Assicurato.

La fase stragiudiziale è gestita da ARAG che si attiva per risolvere la vertenza con l'accordo delle parti e si riserva di demandarne la gestione ad un avvocato di propria scelta.

Per valutare la copertura assicurativa della fase giudiziale, comprese eventuali successive impugnazioni, ARAG verifica preventivamente l'idoneità delle **prove e argomentazioni che l'Assicurato ha l'obbligo di fornire**.

Per la fase giudiziale l'Assicurato ha il diritto di scegliere un avvocato tra gli iscritti all'albo:

- dell'ufficio giudiziario competente per la vertenza;
- del proprio luogo di residenza o sede legale; nel caso di domiciliazione, ARAG indica l'avvocato domiciliatario.

L'incarico all'avvocato o al perito, che operano nell'interesse del proprio cliente, è conferito direttamente dall'Assicurato, pertanto **ARAG non è responsabile del loro operato**.

Le spese per gli accordi economici tra Assicurato e avvocato, per la transazione della vertenza e per l'intervento del perito o del consulente tecnico di parte sono coperte **solo se preventivamente autorizzate da ARAG**.

ARAG può pagare direttamente i compensi al professionista dopo aver definito l'importo dovuto. Il pagamento avviene in esecuzione del contratto di assicurazione e **senza che ARAG assuma alcuna obbligazione diretta verso il professionista**.

Se l'Assicurato paga direttamente il professionista, ARAG rimborsa quanto anticipato **dopo aver ricevuto la documentazione comprovante il pagamento**.

Il pagamento delle spese coperte dalla polizza avviene entro il termine di **30 (trenta) giorni dall'ottenimento di tutte le informazioni e di tutta la documentazione necessaria, previa valutazione in ogni caso della congruità dell'importo richiesto**.

L'assicurato ha l'obbligo di restituire le spese che sono state sostenute e/o anticipate da ARAG se ha diritto di recuperarle dalla controparte.

Art. 6.3 – Cosa fare in caso di sinistro - Sezione 2 Malattia e Infortuni

In riferimento ai casi indicati di seguito, qualora l'Assicurato sostenga personalmente il pagamento delle spese, Blue Assistance, verificata l'operatività della garanzia, rimborsa le stesse **entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione completa, applicando limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti se contrattualmente previsti**.

A. UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E DI MEDICI CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE

Per poter accedere all'utilizzo di strutture sanitarie e di medici chirurghi convenzionati, l'Assicurato, dopo aver prenotato la prestazione presso la struttura convenzionata, deve contattare telefonicamente Blue Assistance al numero indicato all'Art. 6.1, in via preventiva almeno 3 giorni lavorativi prima della data del ricovero e deve ricevere autorizzazione al pagamento in forma diretta. Qualora l'Assicurato non effettui il contatto telefonico e non riceva l'autorizzazione da Blue Assistance, le spese verranno rimborsate secondo quanto previsto alla successiva lettera B.

L'Assicurato può effettuare l'attivazione del pagamento in forma diretta delle prestazioni anche tramite modalità web, accedendo alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it, almeno 5 giorni lavorativi prima della prestazione.

L'Assicurato, dopo aver prenotato la prestazione presso la struttura convenzionata, deve

selezionare:

- la tipologia di prestazione richiesta;
- la data della prestazione;
- la struttura presso la quale verrà effettuata la prestazione.

Successivamente l'Assicurato deve allegare la prescrizione medica e l'eventuale documentazione integrativa utile per la valutazione della prestazione.

Una volta completata l'operazione, Blue Assistance fornirà all'Assicurato una comunicazione sulle modalità di erogazione della prestazione tramite SMS e/o e-mail almeno 48 ore prima della prestazione.

Se la prestazione è in copertura e gli elementi raccolti permettono la corretta valutazione della richiesta, Blue Assistance:

- sostiene la spesa direttamente a favore della struttura sanitaria e dei medici;
- raccoglie i relativi documenti **(fatto salvo quanto previsto alla lettera F del presente articolo per i ricoveri/interventi chirurgici in territorio extra europeo)**;
- restituisce eventuali documenti di spesa all'Assicurato se ricevuti in originale.

Si precisa che:

- **in caso di differenza tra indennizzo liquidato da Blue Assistance e il costo totale della prestazione, così come eventuali scoperti o franchigie, l'Assicurato procede direttamente al pagamento a favore della struttura sanitaria;**
- **in caso di mancata possibilità da parte di Blue Assistance di prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'Assicurato deve pagare in proprio le spese, accedendo comunque alle tariffe preferenziali eventualmente preconcordate da Blue Assistance.**

B. UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E DI MEDICI NON CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE

Qualora l'Assicurato utilizzi:

- strutture sanitarie e medici chirurghi non convenzionati, oppure
- strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati senza preventivo accordo con Blue Assistance,

deve:

- **accedere alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it per effettuare la richiesta di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa o dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance tramite posta o tramite e-mail come previsto all'Art. 6.1;**
- **fornire, in caso di ricovero, copia della cartella clinica completa o, in caso di intervento chirurgico senza ricovero, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dalle copie delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successive alla prestazione sanitaria;**
- **provvedere direttamente a sostenere le spese e presentare le copie delle fatture fiscalmente regolari e quietanzate.** In caso di invio da parte dell'Assicurato di documenti originali, gli stessi saranno restituiti ad avvenuta liquidazione. **I documenti**

devono essere accompagnati da certificazione della struttura sanitaria dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e s.m.i.).

C. UTILIZZO DI MEDICI NON CONVENZIONATI PRESSO STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE IN CASO DI RICOVERO

Qualora l'Assicurato si rivolga a medici non convenzionati presso una struttura sanitaria convenzionata, Blue Assistance sostiene la spesa direttamente a favore della struttura sanitaria **(fermo quanto previsto per la stessa alla lettera A del presente articolo)**, mentre l'Assicurato deve provvedere al pagamento delle spese relative all'equipe medico-chirurgica.

La modalità di denuncia del sinistro è la medesima di cui alla lettera A del presente articolo per le spese sostenute relativamente alla struttura sanitaria convenzionata, mentre per le spese sostenute per le prestazioni di medici non convenzionati, la liquidazione del sinistro è la medesima di cui alla lettera B del presente articolo.

D. SPESE PRE E POST RICOVERO

Le spese riferite alle prestazioni precedenti al ricovero o all'intervento chirurgico, di cui all'**Art. 2.3 lettera C**, non vengono pagate direttamente da Blue Assistance, ma rimborsate all'Assicurato **applicando limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti contrattualmente e se eventualmente previsti.**

Le spese riferite alle prestazioni successive al ricovero o all'intervento chirurgico, di cui all'**Art. 2.3 lettera C**, possono essere pagate direttamente da Blue Assistance oppure rimborsate all'Assicurato **applicando limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti contrattualmente e se eventualmente previsti.**

E. UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE IN CASO DI RICOVERO

In caso di ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, Blue Assistance, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, provvede alla liquidazione dell'Indennità sostitutiva del rimborso (come indicato all'**Art. 2.3 lettera D**).

La modalità di denuncia del sinistro è la medesima di cui alla lettera B del presente articolo.

F. RICOVERO ALL'ESTERO

1. Ricovero o intervento chirurgico programmato

Si precisa che il ricovero o l'intervento chirurgico programmato non è determinato da infortunio o malattia improvvisa.

Per poter accedere all'utilizzo di strutture sanitarie e di medici chirurghi convenzionati, l'Assicurato, dopo aver prenotato la prestazione presso la struttura convenzionata, deve contattare telefonicamente Blue Assistance al numero indicato all'Art. 6.1, in via preventiva almeno 5 giorni lavorativi prima della data del ricovero o dell'intervento chirurgico e deve ricevere autorizzazione al pagamento in forma diretta, che verrà effettuato applicando limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti contrattualmente e se eventualmente previsti.

Se la prestazione è in copertura e gli elementi raccolti permettono la corretta valutazione della richiesta, Blue Assistance:

- sostiene la spesa direttamente a favore della struttura sanitaria e dei medici;
- raccoglie i relativi documenti;
- restituisce eventuali documenti di spesa all'Assicurato se ricevuti in originale.

Si precisa che:

- **in caso di differenza tra indennizzo liquidato da Blue Assistance e il costo totale della prestazione, così come eventuali scoperti o franchigie, l'Assicurato procede direttamente al pagamento a favore della struttura sanitaria;**
- **in caso di mancata possibilità da parte di Blue Assistance di prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'Assicurato procede al pagamento delle spese, accedendo comunque alle tariffe preferenziali eventualmente preconcordate da Blue Assistance.**

Se la prestazione è in copertura e gli elementi raccolti permettono la corretta valutazione della richiesta, Blue Assistance sostiene la spesa direttamente a favore della struttura sanitaria e dei medici. L'Assicurato deve acquisire personalmente la cartella clinica presso la struttura sanitaria e trasmetterla a Blue Assistance. La traduzione della cartella clinica resta a carico dell'Assicurato.

Qualora l'Assicurato si rivolga a:

- **strutture sanitarie e medici chirurghi non convenzionati, oppure**
- **strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati senza preventivo accordo con Blue Assistance,**

deve:

- **provvedere direttamente al pagamento delle spese;**
- **accedere alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it per effettuare la richiesta di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa o dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance tramite posta o tramite e-mail come previsto all'Art. 6.1;**
- **fornire, in caso di ricovero, copia della cartella clinica completa o, in caso di intervento chirurgico senza ricovero, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dalle copie delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successive alla prestazione sanitaria;**
- **presentare le copie delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzate, o, su richiesta da parte di Blue Assistance, documentazione equipollente a carico dell'Assicurato. In caso di invio da parte dell'Assicurato di documenti originali, gli stessi saranno restituiti ad avvenuta liquidazione.**

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro l'euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunte dalle principali pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro USA. Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.

2. Ricovero per malattia improvvisa o infortunio

Per i ricoveri all'estero resi necessari da malattia improvvisa o da infortunio accaduto all'estero, il rimborso delle spese che l'Assicurato dovesse sostenere per cure o interventi urgenti non procrastinabili ricevuti sul posto viene effettuato senza applicazioni di scoperti e franchigie.

Per malattia improvvisa si intende una malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che non sia una manifestazione di un precedente stato patologico dell'Assicurato.

Qualora l'Assicurato intenda usufruire del pagamento diretto delle spese mediche sul posto deve contattare immediatamente la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro affinché essa possa provvedere, se operativamente possibile, alla presa in carico delle spese mediche purché si tratti di ricovero con almeno un pernottamento.

Si precisa che in caso di differenza tra indennizzo liquidato da Blue Assistance e il costo totale della prestazione, così come eventuali scoperti o franchigie, l'Assicurato procede direttamente al pagamento a favore della struttura sanitaria.

In caso di mancata possibilità da parte di Blue Assistance di effettuare il pagamento in forma diretta o di mancata richiesta dell'Assicurato di effettuare il pagamento in forma diretta, l'Assicurato stesso deve:

- **accedere alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it per effettuare la richiesta di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa o dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance tramite posta o tramite e-mail come previsto all'Art. 6.1;**
- **fornire, in caso di ricovero, copia della cartella clinica completa o, in caso di intervento chirurgico senza ricovero, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dalle copie delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successive alla prestazione sanitaria;**
- **provvedere direttamente a sostenere le spese e presentare le copie delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzate, o, su richiesta da parte di Blue Assistance, documentazione equipollente a carico dell'Assicurato.** In caso di invio da parte dell'Assicurato di documenti originali, gli stessi saranno restituiti ad avvenuta liquidazione.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro l'euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunte dalle principali pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro USA. Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.

TABELLA 1

PROFESSIONI NON ASSICURABILI
Missionario
Guardia giurata, Guardia campestre, Guardia forestale
Custode notturno amato
Portavalori
Vigili del fuoco, Forze Armate e Forze dell' Ordine
Armaiolo
Minatore, Speleologo, Archeologo, Palombaro, Sommozzatore
Insegnante di alpinismo, Guida alpina
Sportivi professionisti
Ballerini professionisti
Fantino
Stuntman
Attività circense, Acrobati, Giostrai
Allevatori non ricompresi nell'elenco delle attività assicurabili per lavoratori autonomi e lavoratori non autonomi
Attività a contatto con esplosivi o materiale pirotecnico

TABELLA 2

PERCENTUALI DI VARIAZIONE DEL PREMIO					
Età	Ricovero	Cure Oncologiche	Alta diagnostica	Visite Mediche	Diaria da ricovero e convalescenza
0	-	-	-	-	-
1	1,74%	0,00%	11,80%	11,70%	1,92%
2	1,67%	0,00%	10,98%	10,88%	1,88%
3	1,65%	0,00%	10,25%	10,14%	2,16%
4	1,62%	0,00%	8,95%	8,88%	1,81%
5	1,59%	0,00%	7,48%	7,43%	2,07%
6	1,58%	0,00%	6,79%	6,79%	1,74%
7	1,54%	0,00%	6,14%	6,13%	1,43%
8	1,52%	0,00%	5,66%	5,64%	1,41%
9	1,50%	0,00%	5,25%	5,24%	1,39%
10	1,47%	0,00%	5,03%	5,02%	1,09%
11	17,29%	10,37%	4,80%	4,82%	2,27%
12	1,37%	1,34%	4,62%	4,60%	1,32%
13	2,13%	5,30%	4,41%	4,41%	1,31%
14	1,64%	2,52%	4,27%	4,28%	1,55%
15	1,37%	0,61%	4,13%	4,12%	1,27%

16	2,14%	6,10%	4,03%	4,02%	1,25%
17	1,68%	4,02%	3,91%	3,91%	1,73%
18	1,95%	4,42%	3,81%	3,80%	1,22%
19	1,44%	2,65%	3,69%	3,68%	1,68%
20	1,43%	2,06%	3,56%	3,56%	2,13%
21	12,40%	4,55%	3,43%	3,42%	7,80%
22	1,60%	3,38%	3,16%	3,15%	2,15%
23	1,18%	1,87%	3,01%	3,00%	1,68%
24	1,85%	5,50%	2,77%	2,80%	1,65%
25	1,29%	2,17%	2,64%	2,64%	1,83%
26	1,27%	2,13%	2,49%	2,50%	1,60%
27	1,63%	4,17%	2,34%	2,36%	1,77%
28	2,25%	4,00%	2,26%	2,27%	1,74%
29	1,21%	2,31%	2,23%	2,24%	1,71%
30	1,60%	3,76%	2,20%	2,21%	1,87%
31	1,48%	2,54%	2,18%	2,19%	1,83%
32	1,46%	3,18%	2,09%	2,11%	1,80%
33	1,40%	3,08%	2,02%	2,02%	1,59%
34	1,38%	2,33%	1,99%	2,01%	1,91%
35	9,45%	2,92%	1,98%	1,98%	13,06%
36	1,32%	3,15%	2,01%	2,02%	1,66%
37	1,26%	2,45%	2,05%	2,05%	1,63%
38	1,39%	3,28%	2,06%	2,05%	1,32%
39	1,37%	2,89%	2,07%	2,07%	1,88%
40	1,07%	1,97%	2,10%	2,11%	2,12%
41	1,19%	3,31%	1,40%	1,34%	1,66%
42	1,01%	2,93%	1,57%	1,55%	1,64%
43	0,65%	2,85%	1,77%	1,73%	1,61%
44	1,58%	2,77%	1,91%	1,88%	1,85%
45	1,89%	2,70%	2,06%	2,03%	1,95%
46	2,27%	3,10%	2,23%	2,20%	1,65%
47	2,40%	2,55%	2,36%	2,34%	1,88%
48	2,62%	2,71%	2,48%	2,47%	1,97%
49	2,92%	2,86%	2,57%	2,56%	1,57%
50	3,19%	2,99%	2,65%	2,64%	2,02%
51	3,27%	2,70%	2,76%	2,75%	2,09%
52	3,47%	2,83%	2,86%	2,86%	1,71%
53	3,66%	2,75%	2,92%	2,92%	1,68%
54	3,79%	3,06%	3,01%	3,01%	1,76%
55	5,63%	2,78%	3,09%	3,09%	7,93%
56	5,33%	2,89%	3,16%	3,17%	2,31%

57	5,06%	2,63%	3,23%	3,24%	1,76%
58	4,82%	2,91%	3,33%	3,33%	2,02%
59	4,60%	2,66%	3,36%	3,37%	2,17%
60	4,40%	2,91%	3,38%	3,39%	2,03%
61	4,21%	2,20%	3,41%	3,41%	1,99%
62	4,04%	3,38%	3,42%	3,43%	2,22%
63	3,88%	2,68%	3,43%	3,44%	2,00%
64	3,74%	2,61%	3,44%	3,46%	2,55%
65	3,60%	2,82%	3,51%	3,52%	2,08%

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE E SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016

Gentile Cliente, desideriamo informarLa che Banco BPM Assicurazioni S.p.A. (di seguito "Società") per l'instaurazione e l'esecuzione del rapporto assicurativo dovrà raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano. Nel rispetto della vigente normativa, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 ("GDPR"), Le rilasciamo pertanto le seguenti informazioni:

A. NATURA DEI DATI TRATTATI E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

A.1 FINALITÀ CONNESSE ALLA GESTIONE DEL RAPPORTO ASSICURATIVO/CONTRATTUALE

I Suoi dati personali (anagrafici, fiscali, di natura economica, eventualmente anche relativi alla Sua salute, biometrici, genetici, giudiziari) comunicati direttamente da Lei o reperiti dalla Società da fonti pubbliche, siti web o da soggetti terzi, quali società di informazione commerciale e creditizia o di servizi, tramite banche dati, elenchi tematici o settoriali, saranno raccolti e trattati dalla Società per le finalità strettamente connesse e strumentali all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, quali, a titolo esemplificativo:

- attività preliminari (quali la stesura di preventivi);
- stipula di polizze assicurative, raccolta dei premi, gestione del rapporto assicurativo;
- liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni;
- riassicurazione e coassicurazione;
- prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative indagini e/o azioni legali;
- costituzione, esercizio o difesa dei diritti della Società;
- adempimento a specifici obblighi di legge o contrattuali (es. attività di antiriciclaggio e vigilanza assicurativa sui sinistri);
- attività statistico-tarifarie e di profilazione della clientela;
- verifica e monitoraggio dei rischi finanziari.

Per la fornitura di tali servizi, la Società deve obbligatoriamente ottenere il Suo consenso al trattamento dei Suoi dati. Il mancato conferimento da parte Sua comporta l'impossibilità di instaurare, proseguire e/o ottenere le prestazioni contrattuali inerenti al rapporto assicurativo.

A.2 FINALITÀ CONNESSE AD ATTIVITÀ PROMOZIONALI E/O DI MARKETING

La Società può chiedere il consenso al trattamento dei Suoi dati personali al fine conoscere il gradimento in ordine alla qualità dei servizi offerti, rilevare i Suoi fabbisogni assicurativi e tenerla aggiornato sulle nuove proposte commerciali e/o attività promozionali promosse dalla Società o da società del gruppo di appartenenza della stessa, anche tramite questionari, posta ordinaria, telefono, messaggi del tipo sms o di altro tipo.

Tali finalità sono connesse, ma non indispensabili, alle finalità di cui alla lettera A.1 della presente informativa.

Il consenso ai trattamenti in questione è facoltativo e il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la possibilità di instaurare, proseguire e/o ottenere le prestazioni contrattuali inerenti al rapporto assicurativo.

B. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I Suoi dati saranno trattati con logiche di organizzazione ed elaborazione strettamente correlate al conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa, attraverso idonee modalità e procedure che comportano anche l'utilizzo di strumenti informatici e telematici o comunque automatizzati nonché con l'impiego di algoritmi dedicati.

All'interno della Società i dati saranno trattati da personale dipendente e/o collaboratore appositamente designato, nell'ambito delle rispettive funzioni ed in conformità alle istruzioni ricevute, così da garantire la sicurezza, l'integrità e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto delle misure organizzative, fisiche e logiche previste dalle disposizioni vigenti.

Per talune attività la Società potrà utilizzare soggetti terzi che, sempre secondo le istruzioni impartite e nel rispetto delle misure di sicurezza previste, svolgeranno compiti di natura tecnica e organizzativa.

I Suoi dati saranno conservati per un periodo di tempo compatibile con l'assolvimento degli obblighi di legge e di quelli contrattuali.

C. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI A SOGGETTI TERZI

I Suoi dati potranno essere comunicati, per quanto di loro rispettiva e specifica competenza a soggetti terzi pubblici o privati, appartenenti al settore assicurativo o ad esso correlati che concorrono nella costituzione della c.d. "catena assicurativa".

L'elenco aggiornato dei soggetti costituenti la c.d. "catena assicurativa" potrà essere da Lei richiesto contattando il Responsabile della Protezione dei Dati, ai recapiti indicati alla lettera D della presente informativa.

I Suoi dati personali, inoltre, potranno essere comunicati per finalità amministrative e contabili a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c.

Nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, Le comunichiamo che i Suoi dati personali potranno essere trasferiti verso Paesi membri dell'Unione Europea.

D. DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualsiasi momento, avrà il diritto di chiedere:

- la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano e la loro natura;
- l'aggiornamento o la rettifica in caso di inesattezza;
- le finalità e modalità del trattamento;
- in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, la logica applicata al trattamento;
- la cancellazione ("diritto all'oblio"), la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati;
- la portabilità dei dati trattati, ossia ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile i dati personali forniti.

Sarà Suo diritto, inoltre, revocare in qualsiasi momento il conferimento al trattamento dei Suoi dati, nel rispetto degli obblighi di legge e secondo le modalità previste dal GDPR.

Fermo restando il diritto a esporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, per esercitare i Suoi diritti e richiedere maggiori informazioni in ordine al trattamento dei Suoi dati personali, ai soggetti e alle categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati nonché ai Responsabili del trattamento, potrà contattare il Responsabile della Protezione dei Dati al seguente recapito: Banco BPM Assicurazioni S.p.A. - Responsabile della Protezione dei Dati, Via Massaua 6, 20146 Milano – e-mail: privacy@bancobpmvita.it

E. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento è Banco BPM Assicurazioni S.p.A., Via Massaua 6, 20146 Milano.