

GLOBAL ASSISTANCE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI E
RIASSICURAZIONI S.p.A. – Gruppo Assicurativo Ri.Fin

Assicurazione Sanitaria

GLOBAL SISTEMA SALUTE

Ed. 3/GSS

SET INFORMATIVO

Il presente set informativo contiene:

1. **DIP DANNI** - Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi danni
2. **DIP AGGIUNTIVO DANNI** - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
3. **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**, comprensive di glossario.

AVVERTENZA: Prima della sottoscrizione leggere il set informativo

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

Che tipo di assicurazione è?

Polizza individuale, estendibile al nucleo familiare, che assicura principalmente le spese mediche da ricovero a seguito di malattia o infortunio, a rimborso o con pagamento diretto (in caso di utilizzo di Strutture Convenzionate).



Che cosa è assicurato?

E' possibile scegliere fra una copertura basilare di sola Diaria (da ricovero ed eventuale convalescenza) o una copertura più completa, opzionando una delle 3 formule:

SILVER: per i Ricoveri dovuti solo a gravi eventi (quali i Grandi Interventi chirurgici e le Gravi patologie);

GOLD: per ogni tipo di Ricovero dovuto a Malattia, Infortuni, Parto e Aborto terapeutico.

PLATINUM: per ogni tipo di Ricovero dovuto a Malattia, Infortuni, Parto e Aborto terapeutico, con prestazioni più estese rispetto alla formula "Gold".

La garanzia principale delle tre formule è la seguente:

- ✓ **RIMBORSO SPESE MEDICHE DA RICOVERO**
spese ospedaliere, mediche e chirurgiche, incluse quelle sostenute prima e dopo il ricovero, nei termini ed a seguito degli eventi garantiti dalla "formula" acquistata. Prevede inoltre la corresponsione di un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero in assenza di richiesta di spese mediche e il rimborso dei ticket sanitari.

E' possibile aggiungere altre garanzie opzionali fra:

DIARIA DA RICOVERO

indennità giornaliera fino a massimo 360 giorni per sinistro/anno;

DIARIA DA CONVALESCENZA

Indennità giornaliera fino a massimo 20 giorni per sinistro;

RIMBORSO SPESE MEDICHE EXTRA-RICOVERO

Spese mediche di Alta Diagnostica e Visite Specialistiche (selezionabile solo per formula "Gold" e "Platinum")

Il contraente ha la facoltà di estendere la copertura scelta anche al proprio Nucleo familiare.

Il contratto è sottoscrivibile previa valutazione dello stato di salute e sottoscrizione di un questionario sanitario.

Le garanzie sono prestate entro i seguenti massimali:

Rimborso Spese Mediche da Ricovero:

- Silver: a scelta tra € 50.000/€ 100.000
- Gold: a scelta tra € 100.000/€ 200.000
- Platinum: a scelta tra € 300.000/€ 500.000

Rimborso Spese Mediche Extra Ricovero:

- Gold: Alta Diagnostica € 2.000 – Alta Specializzazione € 650
- Platinum - a scelta tra:
 - Alta Diagnostica € 2.000 – Alta Specializzazione € 650
 - Alta Diagnostica € 5.000 – Alta Specializzazione € 1.500

Diaria da Ricovero: a scelta tra € 50/€ 100/€ 150/€ 200 al dì

Diaria da Convalescenza: a scelta tra € 50/€ 100/€ 150 al dì



Che cosa non è assicurato?

Non è assicurato:

- ✗ l'aborto volontario
- ✗ Malattia pregressa
- ✗ visite e cure odontoiatriche ed ortodontiche (non dovute ad infortunio)
- ✗ i check-up clinici
- ✗ visite e trattamenti medici e chirurgici di terapie di medicina alternativa o complementare o di medicina non ufficiale;
- ✗ degenze in case di riposo, di convalescenza, di lungodegenza ancorché nell'ambito di Istituti di cura;
- ✗ cure e interventi per la eliminazione o la correzione di difetti visivi o fisici, malformazioni preesistenti e congenite, infertilità e sterilità, impotenza e fecondazioni assistite di qualsiasi tipo, fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali;
- ✗ cure e interventi aventi finalità estetiche, interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva (salvo quelli resi necessari da infortunio o da neoplasie maligne);
- ✗ cure palliative e/o terapie del dolore;
- ✗ interventi di Chirurgia Bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado.



Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dall'assicurazione i sinistri conseguenti principalmente a:

- ! abuso di alcolici, farmaci, psicofarmaci e uso di sostanze stupefacenti e allucinogene non assunte a scopo terapeutico
- ! malattie mentali del sistema nervoso, le psicopatie in genere, le malattie nevrotiche, incluse le sindromi ansiose o depressive, i disturbi schizofrenici, paranoici e affettivi, disturbi alimentari;
- ! guerre, rivoluzioni, insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, sommosse, tumulti popolari, saccheggi, atti di sabotaggio, terrorismo e vandalismo, scioperi o serrate (in cui l'assicurato abbia avuto parte attiva);
- ! movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche, alluvioni, trombe d'aria e tsunami e ogni fenomeno naturale o atmosferico avente caratteristiche di calamità naturale;
- ! energia nucleare, di radiazioni dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche;
- ! dolo, autolesionismo o suicidio (tentato o consumato), reati;
- ! uso di aeromobili (eccetto quelli abilitati al trasporto pubblico di linea) e sports aerei in genere;
- ! guida di qualsiasi veicolo o natante a motore in assenza di abilitazioni in base alle vigenti disposizioni;
- ! pratica, a qualunque titolo, di sport motoristici oppure di sport che prevedano la partecipazione dell'Assicurato a corse e gare comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- ! Sport professionistici, sport estremi e/o pericolosi.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale per i sinistri avvenuti nel mondo intero, per assicurati con residenza in Italia.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare relativamente al tuo Stato di Salute e/o qualsiasi altra informazione che influenzi la valutazione del rischio assicurato.
- Il contratto è sottoscrivibile previa valutazione del tuo stato di salute tramite la compilazione precisa e veritiera del Questionario Sanitario sottoposto dalla Società.
- in corso di contratto hai l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta in caso di ogni possibile aggravamento del rischio relativamente al tuo Stato di Salute, alla tua attività professionale (ovvero quella ritenuta a maggior rischio, nei casi in cui tu svolga più di un'attività) e /o qualsiasi altra informazione che determini l'eventuale aggravamento del rischio assicurato.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente/Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione.



Quando e come devo pagare?

Il premio di polizza si paga presso l'Intermediario alla stipula del contratto, alla scadenza dell'eventuale frazionamento e al rinnovo (entro 15 giorni dalla data di scadenza della polizza) tramite i seguenti metodi di pagamento: bonifico bancario o postale, assegno bancario, circolare o postale non trasferibile, contanti (fino ai limiti consentiti dalla legge) e Carte di Debito (per importi superiori ad € 30,00).

Il premio è sempre determinato per il periodo di un anno ed è interamente dovuto anche se sia stato concesso il frazionamento rateale. In caso di frazionamento sarà attribuita al premio una maggiorazione pari al 3%.

Il contratto prevede annualmente il solo adeguamento automatico del Premio in seguito:

- all'indicizzazione;
- ai maggiori premi attribuiti in base all'età raggiunta dai singoli assicurati;
- al minor sconto applicato in base alla riduzione degli assicurati, che per sopraggiunti limiti massimi di età assicurabile di uno o più di essi devono uscire dall'assicurazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura comincia a partire dal giorno indicato in polizza (data di decorrenza) se il premio alla firma è stato pagato; altrimenti decorre dalle ore 24:00 del giorno di pagamento effettivo. Il mancato pagamento del Premio alla firma, decorsi 30 giorni dalla data di emissione, comporta la nullità della Polizza e la Società provvederà all'annullamento della stessa senza effetto.

Se il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno successivo a quello della scadenza del periodo di copertura per il quale è stato corrisposto il precedente premio e torna in vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga entro 60 giorni dalla scadenza una rata di premio successiva alla prima, l'assicurazione riprende effetto, fatte salve le carenze contrattuali, a decorrere dalle ore 24:00 del giorno in cui si effettua il pagamento (per gli infortuni occorsi successivamente a tale data), e dalle ore 24:00 del 60° giorno successivo a quello del pagamento della rata arretrata, per le malattie e gli altri eventi garantiti.

Decorsi 6 mesi dalla scadenza della rata arretrata senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento il contratto è risoluto di diritto.

L'assicurazione, che ha una durata minima di un anno e prevede il tacito rinnovo; pertanto, in mancanza di disdetta il contratto di assicurazione viene prorogato tacitamente di anno in anno.

La copertura assicurativa resta valida ed operante per ogni singolo Assicurato fino al compimento del suo 75° compleanno, superato il quale la copertura per quell'Assicurato cessa alla scadenza annuale e non si rinnoverà ulteriormente.



Come posso disdire la polizza?

Puoi mandare la disdetta della Polizza mediante Raccomandata A./R. all'indirizzo di Global Assistance - Piazza Diaz n. 6, 20123 Milano (o con altri mezzi che ne consentano di comprovarne la data di invio) almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale.



GLOBAL ASSISTANCE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI
E RIASSICURAZIONI S.p.A. a Socio Unico
Capitale Sociale: Euro 5.000.000 i.v.
Codice Fiscale, Partita IVA e
Registro Imprese di Milano n. 10086540159

Sede Legale e Direzione Generale:
Piazza Diaz, 6 - 20123 Milano
Telefono 02.433350.1 - Telefax 02.433350.20
indirizzo PEC: globalassistancespa@legalmail.it
Sito internet: www.globalassistance.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni
con D.M. del 2/8/93 n. 19619 (G.U. 7/8/93 n. 184).
Società soggetta all'attività di direzione
e coordinamento di Ri.Fin S.r.l., iscritta all'Albo
dei gruppi assicurativi presso l'IVASS al n. 014

Assicurazione Sanitaria

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



Prodotto: Global Sistema Salute – Ed.3/GSS

Data di redazione del DIP aggiuntivo Danni: 10/02/2026 - ultima versione disponibile

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A. Piazza Armando Diaz 6, 20123 Milano; Telefono: +39 024333501; sito internet <https://globalassistance.it>; E-mail: global.assistance@globalassistance.it; PEC: globalassistancespa@legalmail.it
Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A., Società a Socio Unico appartenente al gruppo Assicurativo Ri.Fin (iscritto all'Albo dei gruppi Assicurativi presso l'Ivass al n. 014), soggetta alla direzione e coordinamento della Capogruppo Ri.Fin s.r.l. N iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione: n. 1.00111
Il patrimonio netto dell'Impresa: € 16,9 milioni al 31/12/2024; importo attribuibile al capitale sociale: € 5 milioni, riserve patrimoniali: € 11,9 milioni. Per la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa si rimanda al seguente link: <http://www.rifin.it/pdf/SFCR-Gruppo-Rifin.pdf>
L'indice di solvibilità dell'Impresa: 227,4% al 31/12/2024, e rappresenta il rapporto tra il livello di fondi propri ammissibili (€11,99 milioni) e il requisito patrimoniale di solvibilità (€5,27 milioni)

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Nucleo Familiare Assicurato

E' possibile beneficiare di sconti nel caso in cui si decida di estendere la polizza al proprio nucleo familiare. Tali sconti saranno maggiori in funzione della numerosità degli Assicurati inclusi in polizza (possibile inserire fino ad un massimo di 6 per ciascuna polizza): Opzione Massimale Singolo individuo: 5% in caso di 2 Assicurati, 10% in caso di 3 Assicurati, 15% in caso di 4 Assicurati, 20% in caso di 5 Assicurati, 25% in caso di 6 Assicurati Opzione Massimale Nucleo Familiare: 10% in caso di 2 Assicurati, 20% in caso di 3 Assicurati, 25% in caso di 4 Assicurati, 30% in caso di 5 Assicurati, 30% in caso di 6 Assicurati

Franchigia

In base al tipo di Franchigia scelta al momento dell'emissione è possibile uno sconto automatico sul premio della garanzia "Ricovero": Opzione Fissa "F1": prevede sempre l'applicazione di una franchigia fissa pari ad € 1.500,00 anche in caso di utilizzo di Strutture Sanitarie convenzionate e dà diritto ad uno sconto del 20% Opzione Fissa "F2": prevede sempre l'applicazione di una franchigia fissa pari ad € 3.000,00 anche in caso di utilizzo di Strutture Sanitarie convenzionate e dà diritto ad uno sconto del 30%

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Attivazione del periodo di Retroattività per la garanzia RC Professionale (R.C.P.)

L'attivazione di tale opzione in corrispondenza della garanzia principale R.C.P. comporta un aumento del premio assicurativo in funzione della durata del periodo di retroattività selezionato (da 1 anno a ILLIMITATO) sia della garanzia principale R.C.P. che delle eventuali Estensioni di garanzia a pagamento R.C.P. selezionate (eccetto VISTO LEGGERO) e dell'eventuale garanzia DIFESA LEGALE qualora attivata.

Estensione della "Validità Territoriale" garanzia RC Professionale (R.C.P.)

È possibile estendere la validità territoriale della garanzia principale R.C.P. (e delle sue Estensioni a pagamento, qualora attivate) da "Italia, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino" a "Unione Europea, Stato della Città del Vaticano e Repubblica di San Marino, Regno Unito, Svizzera" fermo restando che in caso di richieste di risarcimento che abbiano dato luogo a procedimenti giudiziari, l'assicurazione opera limitatamente alle richieste di risarcimento avanzate innanzi all'Autorità Giudiziaria della Repubblica Italiana od oggetto di decisione rese da Autorità Giudiziarie straniere e riconosciute in Italia ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.



Che cosa NON è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel Dip Danni, si precisa che:

non sono assicurabili le persone che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V., sindrome da immunodeficienza (A.I.D.S.), Epatite C.

Inoltre, valutato il singolo questionario sanitario, la Società si riserva di assumere il contratto delimitandolo, ovvero escludendo in esplicito alcuni rischi.



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione di quanto indicato nel DIP Danni, valgono le seguenti esclusioni:

L'assicurazione non sarà operante per le cure conseguenti ad Infortuni avvenuti durante lo svolgimento della propria attività lavorativa qualora la stessa fosse pari o riconducibile alle seguenti categorie:

Piloti e Assistenti di volo in servizio attivo; Forze dell'ordine, Militari, Vigili del fuoco e Vigili urbani; Stunt-men, Acrobati; Artificieri, Addetti alla fabbricazione di esplosivi; Minatori, Cavatori con uso di esplosivi e lavoro manuale; Guardie giurate, notturne, Guardie armate, e Portavalori; Investigatori privati; Palombari; Sommozzatori; Speleologi.



A chi è rivolto questo prodotto?

Al Contraente (Persona fisica o Giuridica) residente in Italia, che può stipulare per sé (il Contraente coincide con Assicurato) o per conto terzi, di età minima pari a 18 anni;

All'Assicurato (Beneficiario) persona/e identificata/e in polizza (che può anche non coincidere con il Contraente) residenti in Italia, di età massima alla sottoscrizione pari a 70 anni e al rinnovo pari a 75 anni, che dopo la valutazione del questionario sanitario risulta essere assicurabile.



Quali costi devo sostenere?

È a carico del Contraente la quota parte del premio imponibile percepita dagli Intermediari (con riferimento all'intero flusso commissionale) a titolo provvisoria, che nel presente contratto è in media pari al 25%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami devono essere inoltrati per iscritto all'indirizzo dell'Impresa Global Assistance S.p.A., Piazza Diaz 6, 20123 Milano, all'attenzione dell'ufficio Gestione Reclami (indirizzo di posta elettronica: gestione.reclami@globalassistance.it). Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet dell'Impresa www.globalassistance.it nella sezione "Reclami". Ai reclami verrà dato riscontro dall'impresa nel termine massimo di 45 giorni dal ricevimento dello stesso da parte dell'Impresa.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva (superiore al periodo suindicato), è possibile rivolgersi all'IVASS (Istituto per la vigilanza delle assicurazioni - Servizio Tutela del Consumatore), Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it utilizzando l'apposito Modello presente sul sito dell'IVASS (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):	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
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).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Arbitrato: In caso di sinistro, qualora le due Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia tramite arbitrato ossia incaricando a tale scopo, in aggiunta ai propri periti, un terzo perito scelto di comune accordo. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il perito da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo perito. Liti Transfrontaliere: è possibile presentare reclamo all'IVASS (che provvede lei stessa all'inoltro al sistema estero competente) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o direttamente al sistema estero competente (rintracciabile accedendo al sito: Rete per la risoluzione delle controversie finanziarie: FIN-NET - Finance)

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Regime fiscale: Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente Detrazione premi: Non è prevista detraibilità fiscale dei premi Tassazione prestazione assicurata: Non è prevista alcuna tassazione sulle prestazioni assicurate
---	--

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Qualora il cliente sia stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia.
-------------------------------------	---

	<i>Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.</i> <i>Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link https://globalassistance.it/oblio-oncologico/</i>
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	<i>Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.</i>
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	<i>Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.</i>

AVVERTENZE

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO (NEI CASI PREVISTI DAL CONTRATTO), LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE IN POLIZZA. 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.

GLOBAL ASSISTANCE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. - Gruppo Assicurativo Ri.Fin.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

“Global Sistema Salute”

Ed. 3/GSS

Data ultimo aggiornamento 10/02/2026



GLOBAL ASSISTANCE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI
E RIASSICURAZIONI S.p.A. a Socio Unico
Capitale Sociale: Euro 5.000.000 i.v.
Codice Fiscale, Partita IVA e
Registro Imprese di Milano n. 10086540159

Sede Legale e Direzione Generale:
Piazza Diaz, 6 - 20123 Milano
Telefono 02.433350.1 - Telefax 02.433350.20
indirizzo PEC: globalassistancespa@legalmail.it
Sito internet: www.globalassistance.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni
con D.M. del 2/8/93 n. 19619 (G.U. 7/8/93 n. 184).
Società soggetta all'attività di direzione
e coordinamento di Ri.Fin S.r.l., iscritta all'Albo
dei gruppi assicurativi presso l'IVASS al n. 014

SOMMARIO

DEFINIZIONI - GLOSSARIO.....	3
CONDIZIONI CONTRATTUALI DI ASSICURAZIONE.....	7
Art. 1) dichiarazioni relative alle circostanze del rischio / aggravamento e diminuzione del rischio	7
Art. 2) decorrenza del contratto, pagamento e variazione del premio	7
Art. 3) durata e periodo di assicurazione	8
Art. 4) proroga del contratto	8
Art. 5) variazioni del contratto	8
TABELLA INDICI DI RISCHIO PER PROVINCIA (/ZONA DI RISCHIO)	9
Art. 6) criteri per la determinazione del premio	9
Art. 7) somme assicurate e cumuli per evento	9
Art. 8) altre assicurazioni	10
Art. 9) validità territoriale	10
Art. 10) indicizzazione	10
Art. 11) requisiti per l'assicurabilità	10
Art. 12) persone non assicurabili	11
Art. 13) termini di aspettativa carenze	11
Art. 14) esclusioni	11
Inoltre, l'assicurazione non sarà operante per le cure conseguenti ad Infortuni causati da:	12
Art. 15) assicurazione per conto altrui e titolarità dei diritti nascenti dalla polizza	13
Art. 16) rinuncia al diritto di rivalsa	13
Art. 17) oneri fiscali	13
Art. 18) foro competente	13
Art. 19) rinvio alle norme di legge	13
NORME CHE REGOLANO LE GARANZIE	14
GARANZIA: RIMBORSO SPESE MEDICHE DA RICOVERO	14
Art. 20) oggetto della copertura	14
GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE – EXTRA RICOVERO	19
Art. 21) oggetto della copertura	19
DIARIA DA RICOVERO	20
Art. 22) oggetto della copertura	20
GARANZIA DIARIA DA CONVALESCENZA	21
Art. 23) oggetto della copertura	21
NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO.....	22
Art. 24) modalità di erogazione delle prestazioni	22
Art. 25) documentazione fiscale rimborso da terzi	24
Art. 26) controversie arbitrato irrituale	24
Art. 27) obblighi dell'assicurato in caso di sinistro	24
ALLEGATO 1	25
TABELLA DEI "COEFFICIENTI DI INCREMENTO ANNUO DEL PREMIO PER ETÀ" (ART. 2.3.2)	25
ALLEGATO 2	27
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	27
ALLEGATO 3	31
GRAVI PATOLOGIE	31

DEFINIZIONI - GLOSSARIO

Ai termini sottoindicati, utilizzati nelle **Condizioni di Assicurazione**, vengono attribuiti i significati che seguono:

A

ABORTO TERAPEUTICO: Interruzione volontaria della gravidanza provocata da determinati trattamenti medici al fine di preservare la salute della madre o di evitare lo sviluppo di un feto segnato da malformazioni o gravi patologie, effettuata nel rispetto di quanto disposto dalla legge italiana.

ASSICURATO: Soggetto espressamente indicato nel Modulo di polizza, il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE: Il contratto di assicurazione.

B

BLUE ASSISTANCE SPA: La società di servizi che provvede, per conto di Global Assistance e su incarico di quest'ultima, alla liquidazione dei sinistri della presente Assicurazione e gestisce rapporti con le Strutture Sanitarie Convenzionate.

C

CARENZA (periodo di): Periodo che decorre dalla data di decorrenza della copertura durante il quale le Garanzie non sono operanti e pertanto un eventuale Sinistro non è indennizzato dalla Società.

CARTELLA CLINICA: Il documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il Ricovero, il Day Hospital, il Day Surgery o l'Intervento chirurgico ambulatoriale, contenente le generalità dell'Assicurato, la diagnosi, l'anamnesi patologica, prossima e remota, le terapie effettuate, gli Interventi chirurgici effettuati, gli esami ed il diario clinico, nonché la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

CENTRO MEDICO: la struttura, anche non adibita a Ricovero, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche.

CENTRALE OPERATIVA MEDICA: Blue Assistance Spa

CHIRURGIA BARIATRICA: detta anche "chirurgia dell'obesità, ossia l'insieme degli Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione del cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento del cibo da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

CIRCUITO CONVENZIONATO: vedasi "STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE"

CONTRAENTE: Il soggetto (persona fisica di età superiore ai 18 anni o persona giuridica) che stipula il contratto di assicurazione e paga il premio. Il Contraente può o meno coincidere con l'Assicurato.

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE: Contratto mediante il quale la Società, dietro pagamento di un premio, si impegna ad indennizzare l'assicurato, entro limiti convenuti, dei danni conseguenti ad un sinistro.

CONVALESCENZA: Il periodo temporale, successivo ad un ricovero, compreso tra la dimissione dall'istituto di cura e la stabilizzazione o la guarigione clinica.

D

DAY HOSPITAL: La degenza in Istituto di Cura, senza pernottamento, documentata da Cartella Clinica, non comportante intervento chirurgico. Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

DAY SURGERY: La degenza in Istituto di Cura, senza pernottamento, comportante Intervento chirurgico terapeutico, documentata da Cartella Clinica.

DIFETTI FISICI /MALFORMAZIONE: Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo morfologico, che sia evidente o clinicamente diagnosticabile.

DISDETTA: Comunicazione che il Contraente deve inviare all'Impresa di assicurazione, o viceversa, entro un termine di preavviso fissato dal contratto, per evitare la tacita proroga del contratto di assicurazione.

F

FORMA MISTA: Prestazioni sanitarie effettuate all'interno di Strutture Sanitarie Convenzionate, utilizzando medici non convenzionati con la Centrale Operativa Medica.

FRANCHIGIA: Parte di danno che rimane a carico dell'assicurato.

G

GESSATURA: L'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante apparecchi ortopedici immobilizzanti realizzati con gesso espressamente modellato o altri materiali similari.

Può consistere anche nell'immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione, prescritta da specialista ortopedico, sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali che siano clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografia o artroscopia.

GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO: L'Intervento chirurgico rientrante nell'Elenco Grandi Interventi Chirurgici, Allegato 2 alle presenti Condizioni di Assicurazione.

GRAVI PATOLOGIE: Le malattie rientranti nell'Elenco Gravi Patologie, Allegato 3 alle presenti Condizioni di Assicurazione.

I

IMPRESA DI ASSICURAZIONE: Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa ovvero la Società Global Assistance S.p.A.

INDENNIZZO: La somma dovuta all'assicurato in caso di sinistro.

INFORTUNIO: Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO: Atto medico, praticato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, effettuato presso istituto di cura o Centro Medico, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato mediante cruentazione dei tessuti con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica e luminosa (laser). Sono considerati interventi chirurgici anche la riduzione incruenta di fratture seguita da gessatura. Non sono comunque considerati interventi chirurgici ai fini del presente contratto, le iniezioni.

INTERMEDIARIO: Soggetto iscritto all'apposito Albo istituito presso l'autorità di Vigilanza IVASS che, a seguito di accordi, intermedia le polizze della Società, su esplicita autorizzazione di quest'ultima.

ISTITUTO DI CURA: Ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non si considerano Istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza o lungodegenza, le case di riposo o di soggiorno, le case/cliniche aventi prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche e/o di benessere, nonché le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

M

MALATTIA: Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortuni, malformazioni e/o difetti fisici, sopravvenuta dopo la stipula dell'Assicurazione o, se già nota all'Assicurato, non specificatamente esclusa dalla Società a seguito della valutazione del Questionario Sanitario ove risulti dichiarata.

MALATTIA ONCOLOGICA: Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin.

MASSIMALE/SOMMA ASSICURATA: La somma pattuita in polizza fino alla quale l'Impresa di assicurazione è impegnata a prestare la garanzia assicurativa.

MEDICINA ALTERNATIVA o COMPLEMENTARE / MEDICINA NON UFFICIALE: Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Organi dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia.

MODULO DI POLIZZA: Documento contrattuale, sottoscritto dalle Parti, che prova l'esistenza dell'assicurazione e identifica le figure contrattuali, tra cui gli Assicurati, le Garanzie /le Formule e i Massimali operanti nonché dati relativi alla Polizza (Decorrenza, scadenza, Premio).

N

NUCLEO FAMILIARE: L'insieme delle persone, risultanti dallo stesso stato di famiglia, legate da vincolo di parentela (o di fatto purché provato e socialmente noto) con l'Assicurato e con lui stabilmente conviventi (inclusi il convivente more uxorio ed i suoi figli).

P

PARTI: Il Contraente, gli Assicurati e la Società.

POLIZZA: È il documento contrattuale che prova l'assicurazione.

PREMIO: Rappresenta il costo che il Contraente sostiene per acquistare le garanzie offerta dall'Impresa di assicurazione. Il pagamento del Premio costituisce condizione di efficacia dell'Assicurazione.

PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE: Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma ed abilitazione;

Q

QUESTIONARIO ANAMNESTICO: Detto anche Questionario Sanitario, è il documento che ogni Assicurato deve compilare prima della stipulazione della presente Assicurazione. Esso contiene principalmente una serie di informazioni relative allo stato di salute ed alle precedenti malattie e/o infortuni dell'Assicurato. Le informazioni fornite servono all'Impresa di Assicurazioni per valutare l'assunzione del rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità. Il Questionario anamnestico costituisce parte integrante del presente contratto.

R

RICOVERO: La degenza, che comporti almeno un pernottamento in Istituti di cura pubblici o privati.

RIVALSA: Diritto che spetta all'Impresa di Assicurazioni di richiedere al responsabile del danno il pagamento della somma versata all'Assicurato a titolo di risarcimento. Tale diritto è contrattualmente rinunciabile da parte dell'Impresa di Assicurazioni.

S

SINISTRO: Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la garanzia.

SCOPERTO: È la parte di danno che resta a carico dell'assicurato; si esprime in una percentuale da calcolare sul danno o in un importo fisso.

SOCIETÀ: Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A. o, in breve, Global Assistance S.p.A.

SPORT ESTREMI E/O PERICOLOSI: Si intendono sport estremi, a titolo esemplificativo e non limitativo, paracadutismo o skydiving, salto con l'elastico (bungee jumping), sci e snowboard estremi ed acrobatici, freestyle ski, helisnow, airboarding, kitewings, base jumping, canyoning o torrentismo, arrampicata libera (free climbing); si intendono invece sport pericolosi: sci d'alpinismo (intendendosi come tale anche lo sci fuoripista e lo snowboard fuori pista), salto dal trampolino con sci e idrosci, bob o skeleton e simili, atletica pesante, sollevamento pesi, lotta nelle sue varie forme incluso il pugilato, arti marziali in genere, rugby, football americano, hockey a rotelle e su ghiaccio, scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala U.I.A.A., discese su rapide di fiumi e torrenti con qualsiasi mezzo inclusi rafting, hydrospeed e canoa, speleologia e immersioni con autorespiratore;

SPORT PROFESSIONISTICI: Tutti gli sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, o che comunque comportino una qualsiasi forma di remunerazione sia diretta che indiretta;

STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE (Circuito Convenzionato): La rete (costituita da Strutture Sanitarie private o pubbliche e da Medici o Equipe mediche che esercitano la propria professione nell'ambito di queste) convenzionata con Blue Assistance Spa.

La Società si riserva, qualora ne ravvisasse l'opportunità, di sostituire tale rete con altra equivalente, convenzionata con altro Partner specializzato nel settore sanitario, e di darne tempestiva comunicazione ad ogni Contraente.

T

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI, RIEDUCATIVI E RIABILITATIVI: Le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, inclusi i trattamenti fisioterapici, prescritti da medico specialista la cui specializzazione sia coerente con la patologia certificata ed eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate e fatturate esclusivamente presso Istituti di Cura, Centri Medici e medici specialisti regolarmente iscritti all'Albo, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili a termini di Polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

V

VISITA SPECIALISTICA: La visita che viene effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative.

CONDIZIONI CONTRATTUALI DI ASSICURAZIONE

AVVERTENZA: Al fine di agevolare la lettura e la comprensione del testo contrattuale, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 209/05, le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono state evidenziate con stampa su fondo evidenziato e/o con il carattere grafico in grassetto.

ART. 1) DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO / AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

§ 1.1 Dichiarazione relative alle circostanze del rischio

La Società presta il proprio consenso all'assicurazione unicamente in base alla valutazione delle informazioni, fornite da ogni Assicurato e dichiarate nell'apposito Questionario Anamnestico (vedasi Art. 11 paragrafo 1), atte a stabilire lo stato di salute e l'assicurabilità di ogni soggetto incluso in polizza, oltre ad altre dichiarazioni rese alla sottoscrizione di Polizza dal Contraente quali la residenza e l'appartenenza degli Assicurati al medesimo Nucleo Familiare convivente (Artt. 5 e 6).

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile. È fatto salvo l'esercizio del diritto all'oblio oncologico.

§ 1.2 Aggravamento del rischio

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni possibile aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C.

§ 1.3 Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta alla riduzione del Premio ai sensi dell'art. 1897 C.C., a decorrere dalla prima scadenza di polizza del Premio, o della rata di Premio, successiva alla comunicazione effettuata dal Contraente e/o dall'Assicurato. In tale caso la Società rinuncia al diritto di recesso.

ART. 2) DECORRENZA DEL CONTRATTO, PAGAMENTO E VARIAZIONE DEL PREMIO

§ 2.1 Decorrenza

Il Contratto di assicurazione si intende perfezionato con la sottoscrizione, in ogni sua parte, ed il pagamento del relativo premio alla firma. L'assicurazione decorre dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Modulo di Polizza, se il premio alla firma è stato corrisposto, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento effettivo, fermo l'eventuale periodo di carenza contrattuale (vedasi Art. 13 che segue).

Il mancato pagamento del Premio alla firma, decorsi 30 (trenta) giorni dalla data di emissione, comporta la nullità della Polizza e la Società provvederà all'annullamento della stessa senza effetto.

§ 2.2 Pagamento del premio

Il Premio deve essere pagato all'Intermediario, cui è assegnata la gestione della polizza, oppure direttamente alla Società con le modalità di pagamento previste dalle disposizioni di legge in vigore al momento del pagamento stesso.

Il Premio è sempre determinato per il periodo di un anno ed è interamente dovuto anche se sia stato concesso il frazionamento rateale.

Il Contraente è tenuto a versare il premio (o le rate di premio) alle scadenze pattuite. Se il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno successivo a quello della scadenza del periodo di copertura per il quale è stato corrisposto il precedente premio e torna in vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'articolo 1901 del codice civile.

Se il Contraente non paga entro 60 giorni dalla scadenza una rata di premio successiva alla prima, l'assicurazione riprende effetto, fatte salve le carenze contrattuali, a decorrere dalle ore 24:00: - del giorno in cui si effettua il pagamento, per gli infortuni (occorsi successivamente a tale data); - del 60° giorno successivo a quello del pagamento della rata arretrata, per le malattie e gli altri eventi garantiti.

Decorsi 6 mesi dalla scadenza della rata arretrata senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento e la Società non abbia agito formalmente per il recupero di quanto dovuto, il contratto è risolto di diritto (art. 1901 C.C.).

§ 2.3 Variazione del premio

§ 2.3.1 Revisione del Premio

La Società, in occasione delle scadenze annuali di polizza e a valere per le annualità successive, si riserva la facoltà di modificare il premio e/o di apportare variazioni alle Condizioni di Assicurazione, mettendo a disposizione del Contraente stesso, almeno 60 giorni prima della scadenza convenuta, anche tramite l'intermediario, le nuove condizioni di premio e/o le eventuali modifiche contrattuali. Quanto sopra, a valere anche per una modifica dell'eventuale sconto concesso in fase di sottoscrizione del contratto.

Il Contraente, qualora non intenda accettare il nuovo premio e/o le nuove condizioni comunicategli, potrà recedere dal Contratto dando disdetta entro il giorno di scadenza contrattuale di Polizza.

Qualora il Contraente non comunichi disdetta entro il giorno di scadenza contrattuale di Polizza e non provveda al pagamento del nuovo premio, l'assicurazione, a parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2.2 secondo comma, cesserà automaticamente ogni suo effetto dalle ore 24,00 del 15° giorno successivo a quello della rata in scadenza e il contratto si intenderà risolto senza alcuna formalità. Il pagamento, da parte del Contraente, del nuovo premio comporterà l'automatica accettazione delle suddette variazioni contrattuali.

§ 2.3.2 Adeguamento automatico del Premio

Non costituisce modifica del premio con diritto a quanto indicato al paragrafo precedente, l'adeguamento del Premio annuale a seguito di:

- Indicizzazione, come da clausola indicata all'Art.10, che segue;
- Suo aggiornamento in base all'età raggiunta, alle date dei rinnovi, da ogni Assicurato inclusi in polizza. Tale adeguamento è predeterminato per ogni età secondo coefficienti, differenziati per tipologia di garanzie acquistate, applicati al premio individuale relativo all'annualità in corso, secondo quanto indicato nella Tabella, relativa "Coefficienti di incremento annuo del Premio per età, allegata in calce alle presenti Condizioni di Assicurazione (vedasi Allegato 1);
- Minor sconto applicato (vedasi Art. 6) in base alla numerosità degli Assicurati qualora nell'annualità successiva il numero degli stessi diminuisca per sopraggiunti limiti massimi di età assicurabile (Art. 11 paragrafo 2), di uno o più Assicurati.

ART. 3) DURATA E PERIODO DI ASSICURAZIONE

La durata del contratto è indicata nel Modulo di polizza. Il periodo di assicurazione si intende convenzionalmente per la durata di un anno, salvo diverse indicazioni riportate sul Modulo di Polizza o eventuali risoluzioni anticipate del contratto.

ART. 4) PROROGA DEL CONTRATTO

Il presente contratto prevede la Tacita Proroga, pertanto, in mancanza di disdetta esercitata dalle Parti mediante raccomandata A./R. (o di altri mezzi che ne consentano di comprovare la data di invio) inviata almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale, il Contratto si intende tacitamente prorogato di anno in anno fino a quanto l'Assicurato più giovane, inserito in polizza, non raggiunga l'età limite ai fini dell'assicurabilità, come indicato al successivo Art. 11 paragrafo 2.

ART. 5) VARIAZIONI DEL CONTRATTO

Tutte le variazioni devono essere comunicate per iscritto alla Società, anche per il tramite dell'Intermediario.

§ 5.1 Variazione Garanzie e/o Formula contrattuale prescelta

Il Contraente, in occasione di ogni rinnovo annuale del contratto, ha la facoltà di richiedere alla Società, anche tramite l'Intermediario, la variazione delle Garanzie/ Formule o Massimali di polizza originariamente prescelti con altri previsti dal presente contratto a valere per tutti gli Assicurati indicati in polizza.

In tal caso la Società si riserva di accettare la suddetta richiesta di variazione, determinando il nuovo premio dovuto.

Il perfezionamento della variazione richiesta con l'indicazione del nuovo premio dovuto dovrà risultare da apposito documento contrattuale che verrà emesso dalla Società entro i termini di decorrenza del nuovo periodo annuale di durata del contratto, a valere per il rinnovo.

Per consentire alla Società la suddetta valutazione, l'eventuale richiesta di variazione da parte del Contraente dovrà pervenire almeno 30 giorni prima di ogni scadenza annuale del contratto mediante lettera raccomandata A/R (o di altri mezzi che ne consentano di comprovare la data di invio).

§ 5.2 Variazione Persone assicurate

Premesso che con il medesimo contratto possono essere assicurati i soli componenti di uno stesso Nucleo Familiare, fino al limite massimo di 6 persone per contratto, nel caso in cui la variazione sia riferita alla richiesta di esclusione o inclusione di nuovi soggetti Assicurati, la stessa sarà accolta dalla Società previa verifica, nel caso specifico di nuova inclusione, dei requisiti di assicurabilità (come da Art. 11 che segue).

Le variazioni, in questo caso, avranno effetto:

- dalla data di emissione e perfezionamento del nuovo documento contrattuale emesso appositamente dalla Società, fermi termini di pagamento dell'eventuale congruaglio del premio ed i termini di carenza, per nuovi soggetti inclusi.

- dalla prima scadenza contrattuale, per soggetti esclusi. In questo caso la Società provvederà all'emissione del nuovo documento contrattuale ed all'aggiornamento del premio previsto per il rinnovo annuale, in base agli assicurati rimasti in copertura nel contratto.

§ 5.3 Variazione Residenza

Il Contraente/Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Società l'eventuale cambio di residenza in Italia o trasferimento all'estero, con lettera raccomandata A/R (o di altri mezzi che ne consentano di comprovare la data di invio).

In caso di trasferimento di residenza all'estero vale quanto declinato al successivo Art. 9.

La variazione di residenza, in Italia, dell'Assicurato può comportare l'applicazione di una maggiorazione o riduzione del premio, a seconda della diversa nuova Zona di rischio, rispetto a quella risultante dal Modulo di polizza, come da schema che segue:

TABELLA INDICI DI RISCHIO PER PROVINCIA (/ZONA DI RISCHIO)

ZONE di RISCHIO	PROVINCIA DI RESIDENZA DELL'ASSICURATO	INDICE DI RISCHIO
1	RM-LT-MI-LO-TO-GE-IM	1
2	FR-CO-LC-PV-VA-NO-VB-VC-NA- MB-LO	0,85
3	Restanti Province	0,75

ART. 6) CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Il Premio è determinato alla sottoscrizione in base alla scelta effettuata dal Contraente del tipo di Garanzie/ Formule (laddove previste) /Massimali operanti, ed è attribuito in funzione dell'età di ogni Assicurato.

Altre variabili che impattano sulla determinazione del premio sono, in aggiunta alla "Zona di rischio" (ovvero alla provincia di residenza dell'Assicurato/Nucleo familiare assicurato, vedasi Art. 5 paragrafo 3), le seguenti scelte:

- Opzione Franchigia operante per la Garanzia "Rimborso spese mediche da Ricovero" (fra "Standard", "F1", "F2" come meglio dettagliato all'Art. 20 paragrafo 4 delle "Norme che regolano le Garanzie");
- Opzione operatività dei Massimali per le Garanzie "Rimborso spese mediche da Ricovero" e "Rimborso spese mediche Extra ricovero" (fra "Singola persona" o "Nucleo familiare").

Per le scelte di cui sopra, che si intendono applicate a tutti gli Assicurati presenti nella stessa polizza, fa fede quanto indicato nel Modulo di Polizza all'atto della sottoscrizione del contratto.

Al premio complessivo di polizza, determinato dalla somma dei premi individuali dei singoli Assicurati, viene automaticamente applicata la percentuale di riduzione, corrispondente al numero degli Assicurati, come segue:

Numero Assicurati inclusi nel medesimo Contratto	Percentuali di riduzione del premio:	
	Opzione Massimale "Singola persona"	Opzione Massimale "Nucleo Familiare" (*)
1	0%	0%
2	5%	10%
3	10%	20%
4	15%	25%
5	20%	30%
6	25%	30%

(*) in presenza di più Assicurati nel medesimo contratto, le percentuali di riduzione relative all'opzione di Massimale "Nucleo Familiare" non sono applicabili alle Garanzie "Diaria da Ricovero" e "Diaria da Convalescenza" (per le quali la diaria scelta è riferita sempre al singolo assicurato) che saranno soggette sempre alle percentuali di riduzione indicate per "Singola Persona".

ART. 7) SOMME ASSICURATE E CUMULI PER EVENTO

Le Somme assicurate sono indicate in polizza in corrispondenza di ogni Garanzia.

L'indennizzo massimo della Società per il medesimo rischio/Assicurato, in alcun caso (ivi compresa la contemporanea esistenza di diverse assicurazioni stipulate con la Società stessa) potrà superare l'importo complessivo individuale di 1.000.000,00.

In caso di evento che colpisca una pluralità di persone assicurate con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima a favore di tutte le persone coinvolte ed assicurate non potrà in alcun caso superare la somma di 5.000.000,00.

Di conseguenza, qualora gli indennizzi complessivamente dovuti dalla Società alle diverse persone assicurate eccedano il limite sopraindicato, l'indennizzo spettante a ciascun Assicurato sarà ridotto in proporzione alle singole somme da ciascuno assicurate e la Società restituirà ad ognuno il premio in proporzione alla somma non liquidata.

ART. 8) ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e/o l'Assicurato deve dare preventivo avviso per iscritto alla Società dell'esistenza e della successiva stipulazione per il medesimo rischio di altre assicurazioni presso la Società stessa o altri assicuratori.

Se il Contraente e/o l'Assicurato omette dolosamente di darne l'avviso, la Società non è tenuta a pagare l'indennità.

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. **L'omessa comunicazione, ai sensi del medesimo articolo del Codice Civile, può comportare la perdita del diritto all'indennizzo.**

Il Contraente e/o l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicazione dell'esistenza di altre assicurazioni quando risultano stipulate per conto dell'Assicurato da altro Contraente per obbligo di legge o di contratto collettivo oppure quando l'Assicurato ne è in possesso in modo automatico in quanto garanzie accessorie di altri servizi principali.

I suddetti casi di esenzione non valgono per la comunicazione in caso di sinistro, che è sempre dovuta a tutti gli Assicuratori.

È fatto comunque divieto di stipulare diverse assicurazioni separate con la Società con il presente prodotto, per il medesimo rischio. In caso di sinistro, qualora si riscontri l'esistenza di detta pluralità di assicurazioni con la Società, quelle sottoscritte successivamente alla prima non possono dare luogo ad alcun indennizzo ed il Contraente avrà diritto esclusivamente all'integrale rimborso del premio imponibile non goduto.

ART. 9) VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per i sinistri avvenuti nel mondo intero.

La Polizza è valida esclusivamente per Contraenti ed Assicurati residenti in Italia. Il trasferimento di residenza all'estero di tali figure contrattuali costituisce causa di immediata risoluzione del Contratto da parte della Società.

La Società in tal caso provvede al rimborso della quota parte di premio imponibile relativo al periodo di polizza non goduto.

Se il trasferimento è riferito solo a taluno degli Assicurati, la risoluzione del contratto è riferita solo a questo/questi ultimi e si provvederà alla relativa esclusione con effetto dalla prima scadenza annuale successiva al trasferimento, come previsto da precedente Art. 5 paragrafo 2.

ART. 10) INDICIZZAZIONE

Il Premio è soggetto, in occasione di ogni scadenza annuale di polizza successiva al 31 dicembre di ogni anno, ad un adeguamento in relazione alla variazione in percentuale del Numero Indice Spese Mediche, rappresentato dalla media ponderata dei 4 indici numerici dei "Servizi sanitari e spese per la salute / Onorari medici specialistici / Analisi cliniche e Accertamenti diagnostici / Servizi ospedalieri", rilevati dall'ISTAT, nell'ambito dei "PREZZI AL CONSUMO PER L'INTERA COLLETTIVITÀ NAZIONALE", ad aprile dell'anno precedente la stipula del contratto e raffrontata con quella del mese di aprile dell'anno successivo e così di anno in anno.

Si procede alla variazione annuale solo se la differenza della variazione è in aumento.

Qualora l'indice ISTAT non fosse più disponibile, la Società si riserva di adottare un indice equipollente, che provvederà a comunicare tempestivamente, ferme restando le modalità di indicizzazione sopra indicate.

ART. 11) REQUISITI PER L'ASSICURABILITÀ

§ 11.1 Persone assicurate

Premesso che la Polizza assicura le persone fisiche esplicitamente indicate nel Modulo di Polizza, e che in presenza di una pluralità di soggetti inclusi nel medesimo contratto, gli stessi devono appartenere al medesimo Nucleo Familiare, è requisito fondamentale per la determinazione dell'assicurabilità:

- la compilazione e relativa sottoscrizione, da parte di ogni Assicurato, del Questionario Anamnestico, riferito ad informazioni principalmente relative al proprio stato di salute e di precedenti malattie e/o infortuni;
- la fornitura di eventuali ulteriori documentazioni richieste dalla Società;
- l'eventuale visita medica presso il medico Fiduciario della Società con costi a carico di quest'ultima.

Il Questionario Anamnestico, valutato dalla Società, eventualmente integrato da ulteriori dichiarazioni riferite allo stato di salute per eventi successivi la sua sottoscrizione e precedenti la stipula del contratto, costituisce parte integrante della Polizza, pertanto, in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applicherà quanto disposto dall'Art.1 al paragrafo 1 e dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

§ 11.2 Limiti di età

È possibile sottoscrivere la polizza fino all'età massima di 70 anni, con possibilità di rinnovo fino a 75 anni compiuti.

Al superamento di tale limite in corso di contratto la copertura, riferita al singolo Assicurato interessato, conserva la sua efficacia fino alla sua scadenza annuale dopodiché cessa, pur rimanendo attiva la polizza per gli altri eventuali Assicurati più giovani, se presenti.

ART. 12) PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili:

le persone che, indipendentemente dalla concreta valutazione del pregresso o attuale stato di salute, siano (o siano state) affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V., sindrome da immunodeficienza (A.I.D.S.), Epatite C.

Resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione stessa, per soli Assicurati affetti da tale condizione, cessa contestualmente, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo dell'Impresa di corrispondere un eventuale indennizzo.

In caso di cessazione dell'assicurazione nel corso dell'annualità assicurativa, l'Impresa rimborsa al Contraente, entro 60 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

L'eventuale ed erroneo incasso dei premi successivi non costituisce manifestazione di volontà della Società di continuare il contratto e relativi premi verranno rimborsati.

In presenza di più Assicurati la cessazione del contratto ed il relativo rimborso della quota di premio non goduto è riferita al solo soggetto coinvolto.

Le persone ritenute tali a seguito della valutazione del Questionario Anamnestico effettuato dalla Società.

ART. 13) TERMINI DI ASPETTATIVA CARENZE

Con riferimento al giorno di effetto del contratto, l'assicurazione decorre dalle ore 24,00:

- a) dello stesso giorno, per gli Infortuni occorsi successivamente a tale data;
- b) del 30° giorno successivo, per le Malattie (diverse dal punto "e");
- c) del 30° giorno successivo, per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio, sempreché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di stipula del Contratto;
- d) del 300° giorno successivo, per il Parto (naturale o cesareo);
- e) del 180° giorno successivo per le Malattie che siano l'espressione, o la conseguenza diretta, di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipula del contratto, non conosciute e non diagnosticate al momento di detta stipulazione o, se conosciute, purché dichiarate alla Società e non esplicitamente escluse.

Nel caso di inclusione, in corso di contratto, di nuovi soggetti assicurati, i termini di aspettativa verranno applicati, esclusivamente per questi ultimi, a decorrere dall'effetto del documento contrattuale di inclusione e relativo conguaglio del premio emesso dalla Società ovvero dalle ore 24,00 del giorno di pagamento del premio dovuto.

Qualora, per i medesimi Assicurati, la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza interruzione di continuità di altra identica polizza stipulata con la Società, ancorché con massimali /formula/opzioni differenti, gli anzidetti termini di aspettativa carenza operano dalle ore 24,00:

- del giorno di efficacia del precedente contratto sostituito, per le garanzie e le somme in esso già previste;
- del giorno in cui ha effetto la nuova polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle eventuali diverse prestazioni in essa contemplate.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del contratto, termini di aspettativa decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme assicurate e/o le diverse prestazioni previste o per nuovi Assicurati.

ART. 14) ESCLUSIONI

Ferme le fattispecie di non assicurabilità di cui al precedente Art. 12, e le eventuali esclusioni specifiche riferite al singolo Assicurato indicate, nel qual caso, in apposita Appendice allegata al Modulo di Polizza, sono escluse dall'assicurazione:

- 1) **Le conseguenze di stati invalidanti, Infortuni e Malattie in genere conosciuti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'assicurazione e sottaciuti con dolo o colpa grave;**
- 2) **Le conseguenze (cure ed infortuni) per abuso di alcolici, farmaci, psicofarmaci e uso di sostanze stupefacenti e allucinogene non assunte a scopo terapeutico;**
- 3) **Le Malattie mentali del sistema nervoso, le psicopatie in genere, le Malattie nevrotiche, incluse le sindromi ansiose o depressive, i disturbi schizofrenici, paranoide e affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), le sindromi ed disturbi mentali organici;**
- 4) **Le prestazioni sanitarie per la diagnosi e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;**

- 5) L'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- 6) Le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o Malformazioni preesistenti all'effetto dell'assicurazione e le relative conseguenze peggiorative (salvo quanto previsto per il neonato nella garanzia Rimborso spese da Ricovero all'Art. 20 paragrafo 2, lettera G, punto 5);
- 7) Le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per la eliminazione o la correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia) ed in ogni caso le spese per le lenti da vista, lenti a contatto e montature di occhiali;
- 8) Le prestazioni sanitarie e le cure cellulo-tissutali, fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali (salvo, per queste ultime, quanto specificatamente previsto nella Garanzia Rimborso Spese Mediche da Ricovero, all'Art. 20 paragrafo 2, lettera C, punto 5);
- 9) Le applicazioni, le cure e gli interventi aventi finalità estetiche, gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva (salvo quelli resi necessari da infortunio o da neoplasie maligne effettuati, durante la validità del contratto, entro 360 giorni successivi dall'intervento chirurgico demolitivo);
- 10) I farmaci, le visite ed i trattamenti medici e chirurgici di terapie di Medicina alternativa o complementare o di Medicina non ufficiale, salvo quanto indicato all'Art. 21.1 "Visite Specialistiche" delle "Norme che regolano le Garanzie" in riferimento all'agopuntura;
- 11) Le visite odontoiatriche ed ortodontiche e le cure odontoiatriche di tipo conservativo protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto e, in ogni caso, le protesi dentarie, salvo quanto indicato alla Garanzia Rimborso Spese Mediche da Ricovero all'Art. 20 paragrafo 2, lettera F;
- 12) L'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi terapeutici, protesici ed ortopedici, salvo quanto indicato alla Garanzia Rimborso Spese Mediche da Ricovero all'Art. 20 paragrafo 2, lettera C, punto 7;
- 13) Ricoveri, incluso Day Hospital, effettuati allo scopo di praticare check-up clinici o avvenuti al fine di effettuare Visite specialistiche e/o Accertamenti diagnostici che, per loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- 14) Gli interventi qualificabili come cure palliative e/o terapie del dolore;
- 15) Le degenze in case di riposo, di convalescenza, di lungodegenza ancorché nell'ambito di Istituti di cura;
- 16) I disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria da questi disturbi, gli interventi di Chirurgia Bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
- 17) Le conseguenze di guerre (anche civili, dichiarate o meno), rivoluzioni e insurrezioni (salvo che per gli infortuni avvenuti durante la permanenza dell'Assicurato all'estero e verificatesi entro 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra), delle occupazioni militari, delle invasioni, sommosse tumulti popolari, saccheggi, atti di sabotaggio, terrorismo e vandalismo, scioperi o serrate in cui l'Assicurato abbia avuto parte attiva;
- 18) Le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche, alluvioni, trombe d'aria e tsunami e ogni fenomeno naturale od atmosferico avente caratteristiche di calamità naturale;
- 19) Le conseguenze dirette o indirette di energia nucleare (reazioni nucleari, radiazioni e contaminazioni), di radiazioni dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.) salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- 20) Le spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali ad esempio le spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili;

Inoltre, l'assicurazione non sarà operante per le cure conseguenti ad Infortuni causati da:

- 21) Azioni commesse dall'Assicurato stesso con dolo, autolesionismo o suicidio (tentato o consumato), atti di pura temerarietà, reati;
- 22) Uso di aeromobili in genere (ad eccezione di quelli abilitati al trasporto pubblico di linea), di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendii, etc.) e sport aerei in genere;
- 23) Guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato, compiuti 18 anni, non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni; sono tuttavia compresi in garanzia gli Infortuni subiti dall'Assicurato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che lo stesso rinnovi il documento entro 3 mesi;

- 24) Pratica, a qualunque titolo, di sport motoristici (quali automobilismo, motociclismo e motonautica) oppure di sport che prevedano la partecipazione dell'Assicurato a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- 25) Pratica di Sport Professionistici;
- 26) Pratica, a qualunque titolo, di Sport Estremi e/o Pericolosi;
- 27) Durante lo svolgimento della propria attività lavorativa qualora la stessa fosse pari o riconducibile alle seguenti categorie:
- Piloti e Assistenti di volo in servizio attivo
 - Forze dell'ordine, Militari, Vigili del fuoco e Vigili urbani
 - Stunt-men, Acrobati
 - Artificieri, Addetti alla fabbricazione di esplosivi
 - Minatori, Cavatori con uso di esplosivi e lavoro manuale
 - Guardie giurate, notturne, Guardie armate, e Portavalori
 - Investigatori privati
 - Palombari, Sommozzatori e Speleologi.

ART. 15) ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI E TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

Quando la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

I diritti derivanti dalla polizza, invece, spettano all'Assicurato e il Contraente non potrà farli valere se non con l'espresso consenso dell'Assicurato.

ART. 16) RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

Salvo il caso di dolo, la Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, di cui all'art. 1916 del Codice Civile, lasciando così integri diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro responsabili dell'infortunio o della malattia.

ART. 17) ONERI FISCALI

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

ART. 18) FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del Contratto è esclusivamente competente il Foro di Residenza o domicilio elettivo del Contraente (o dell'Assicurato, se diverso dal Contraente), ovvero il Foro di Milano qualora il Contraente (o l'Assicurato, se diverso dal Contraente) risulti un soggetto giuridico titolare di partita Iva.

In caso di sinistro, qualora le due Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia tramite arbitrato ossia incaricando a tale scopo, in aggiunta ai propri periti, un terzo perito scelto di comune accordo. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il perito da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo perito.

ART. 19) RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è espressamente disciplinato dal presente contratto si applicano le vigenti disposizioni della legge italiana.

NORME CHE REGOLANO LE GARANZIE

Le Garanzie che seguono si intendono operanti laddove sia stata specificata, nel Modulo di polizza, la loro operatività.

GARANZIA: RIMBORSO SPESE MEDICHE DA RICOVERO

ART. 20) OGGETTO DELLA COPERTURA

§ 20.1 Eventi garantiti

La Società garantisce, ferme le carenze contrattuali e le Esclusioni di polizza (Artt. 13 e 14), il rimborso delle spese sanitarie sostenute dall'Assicurato per Ricoveri in Istituti di cura, convenzionati e non convenzionati, sino alla concorrenza del massimale annuo indicato in polizza (vedasi punto "e" del paragrafo 20.3) per i seguenti eventi, differenti in base alla Formula operante e in particolare:

- **Formula SILVER:** per soli "Grandi interventi chirurgici" riportati nell'elenco dell'Allegato 2 e le "Gravi Patologie" riportate nell'elenco dell'Allegato 3 (queste ultime fino al massimale annuo di € 30.000,00), resi necessari da Malattia o Infortunio indennizzabili;
- **Formula GOLD e Formula PLATINUM:** per Malattia ed Infortunio indennizzabili, con o senza Intervento chirurgico, Parto o Aborto Terapeutico.

§ 20.2 Prestazioni rimborsabili

In riferimento ai Ricoveri sono garantite per tutte le Formule (come da precisazioni indicate) le seguenti prestazioni (purché direttamente inerenti, a seconda della Formula, alla Malattia, all'Infortunio, al Parto o all'aborto terapeutico che hanno determinato il Ricovero stesso):

A. PRE-RICOVERO

1) Visite specialistiche, Esami ed Accertamenti diagnostici;	Effettuate nei seguenti giorni precedenti l'inizio del Ricovero:	
	Formule Silver e Gold: 90 giorni (180 giorni per Malattie Oncologiche)	Formula Platinum: 120 giorni (180 giorni per Malattie Oncologiche)
2) Trasporto dell'Assicurato all'Istituto di Cura per il Ricovero, con mezzo sanitariamente attrezzato (compreso aereo o elicottero sanitario): Fino al limite di € 1.500,00 per persona/ anno assicurativo (il limite è da intendersi anche per polizza laddove operante il massimale per "Nucleo Familiare").		

B. DURANTE IL RICOVERO

1) Onorari dell'equipe medica (chirurgo, aiuto, assistente, anestesista, infermieri specializzati e ogni altro soggetto partecipante all'intervento); Diritti di sala operatoria; Materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici, le protesi e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
2) Rette di degenza (con esclusione delle spese relative a bisogni non essenziali come telefono, radio, televisione ecc.) con il limite giornaliero di € 300,00 per prestazioni fuori Circuito Convenzionato;
3) Assistenza infermieristica e medica, Trattamenti fisioterapici e rieducativi, Cure, medicinali, Esami ed Accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio;
4) Trasferimento dell'Assicurato da un Istituto di Cura ad un altro, con mezzo sanitariamente attrezzato: Fino al limite di € 1.500,00 per persona/ anno assicurativo (il limite è da intendersi anche per polizza laddove operante il massimale per "Nucleo Familiare");
5) Accompagnatore: rette per vitto e pernottamento in Istituto di cura, o in struttura alberghiera (in caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura pubblico) per un eventuale accompagnatore, fino al limite di € 120,00 al giorno per un periodo massimo pari alla durata del ricovero, con il limite di 100 giorni per annualità assicurativa. Tale spesa è riconosciuta in caso di Ricovero di un minore ed in ogni caso per Trapianti o per Ricoveri superiori a 7 giorni.

C. POST-RICOVERO

1) Visite specialistiche; 2) Esami e Accertamenti diagnostici; 3) Prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche; 4) Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi; 5) Cure termali (escluse le spese alberghiere e di viaggio); 6) Acquisto di farmaci, entro il limite di € 1.000,00 per persona e per anno assicurativo; 7) Acquisto o noleggio di: A. apparecchi ortopedici (stampelle, carrozzine, corsetti e tutori) fino ad € 400,00 per persona/ anno assicurativo; B. apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, escluse lenti da vista e a contatto e montature di occhiali) fino ad € 2.500,00 per persona/anno assicurativo	Sostenute entro i seguenti giorni successivi alle dimissioni ospedaliere:	
	Formule Silver e Gold 90 giorni (180 giorni per Malattie Oncologiche)	Formula Platinum 120 giorni (180 giorni per Malattie Oncologiche)
8) Rientro al domicilio con mezzo sanitariamente attrezzato al momento della dimissione: Fino al limite di € 1.500,00 per persona/ anno assicurativo (il limite è da intendersi anche per polizza laddove operi il massimale per "Nucleo Familiare").		

D. TRAPIANTO DI ORGANI

Nel caso in cui l'Assicurato necessiti, in conseguenza di Malattia od Infortunio indennizzabili a termini del presente contratto e della relativa Formula, di essere sottoposto ad un trapianto, la Società tiene indenne l'Assicurato, fino alla concorrenza della Somma assicurata, per le prestazioni descritte ai precedenti punti A., B e C.	Per tutte le 3 Formule: Sono comprese inoltre le spese di trasporto dell'organo donato. Formula Platinum: Limitatamente alla presente formula, la prestazione viene estesa, in caso di donatore vivente, anche alle spese mediche sostenute dal donatore durante il suo ricovero, finalizzate all'intervento chirurgico di espianto dell'organo e relativa degenza.
---	---

E. TICKET SANITARI

Per le spese descritte in tutti i punti precedenti, qualora l'Assicurato sia ricorso all'erogazione delle prestazioni attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, i ticket corrispondenti alle spese sostenute saranno rimborsati senza l'applicazione dello Scoperto eventualmente previsto.
--

F. CURE DENTARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO

Esclusivamente per le Formule Gold e Platinum, la Società tiene indenne l'Assicurato delle spese sostenute a seguito di Infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che comporti la necessità di cure dentarie ricostruttive. La Garanzia comprende le applicazioni protesiche di singoli o multipli elementi dentari ed è operante fino alla concorrenza di € 2.500,00 per persona ed anno assicurativo con l'applicazione di uno scoperto pari al 20% delle spese sostenute. Ai fini dell'operatività della garanzia è richiesta la certificazione rilasciata dall'Istituto di Cura o dal centro di Pronto soccorso cui si sia fatto immediato ricorso, comprovante l'avvenuto infortunio ed il trauma dentario.

G. MATERNITÀ E CURE DEL NEONATO

Esclusivamente per le Formule Gold e Platinum, la Società tiene indenne l'Assicurata delle spese di ricoveri in Istituti di Cura per Parto (con o senza taglio cesareo) o aborto terapeutico delle spese necessarie per:	La Società rimborsa le spese di cui sopra entro i seguenti limiti:	
1) Onorari dell'equipe medica, nonché Diritti di sala operatoria e materiali utilizzati; 2) l'Assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero; 3) le Rette di degenza (con esclusione delle spese relative a bisogni non essenziali come telefono, radio, televisione ecc.) con il limite giornaliero di € 300,00 per prestazioni fuori Circuito Convenzionato; 4) il trasporto dell'assicurata in autoambulanza all'istituto di cura e per il ritorno a casa;	Formula Gold a) Parto senza taglio cesareo (compreso quello fisiologico avvenuto a domicilio) e Aborto spontaneo: € 2.500,00 b) Parto o aborto terapeutico con taglio cesareo: € 5.000,00	Formula Platinum a) Parto senza taglio cesareo (compreso quello fisiologico avvenuto a domicilio) e Aborto spontaneo: € 4.000,00; b) Parto o aborto terapeutico con taglio cesareo: € 8.000,00
5) Interventi neonatali per correzione di Malformazioni congenite: l'assicurazione garantisce, entro il massimale di polizza, il rimborso delle spese sostenute per interventi chirurgici conseguenti a Malformazioni e/o Difetti Fisici congeniti, purché risultino assicurati entrambi i genitori e a condizione che il Parto sia avvenuto trascorsi i 300 gg dalla data di effetto della polizza. L'assicurazione si intende prestata entro i primi 60 giorni dalla nascita.	Fino al massimale di polizza	Fino al massimale di polizza

H. INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Qualora non risultino spese a carico dell'Assicurato in quanto i costi relativi al periodo di Ricovero sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, ed in assenza di richieste di rimborso da parte dell'Assicurato la Società corrisponderà un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero. Il giorno di ingresso e di dimissioni viene considerato, ai fini del calcolo dell'indennità, un unico giorno. L'indennità verrà corrisposta anche in caso di Day Hospital o di Day Surgery e in questo caso l'importo dell'indennità verrà dimezzato. In caso di Parto si farà riferimento ai giorni di Ricovero della sola puerpera, indipendentemente dal Ricovero di uno o più neonati	L'indennità sostitutiva sarà erogata, in base alla Formula operante, nei limiti giornalieri e per il periodo come di seguito indicato:		
	Formula Silver: pari ad € 150,00 al giorno fino al massimo di 100 giorni complessivi (per sinistro/anno assicurativo);	Formula Gold: pari ad € 150,00 al giorno fino al massimo di 100 giorni complessivi (per sinistro/anno assicurativo);	Formula Platinum: pari ad € 200,00 al giorno fino al massimo di 150 giorni complessivi (per sinistro/anno assicurativo).
Nel caso di costi parzialmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato potrà scegliere se usufruire dell'Indennità sostitutiva di cui al presente articolo oppure, in alternativa, se chiedere alla Società il rimborso delle spese effettivamente sostenute e rimaste a suo carico, sempre nei limiti previsti dalle condizioni contrattuali.			

I. INTERVENTI CHIRURGICI CON LIMITAZIONI

Le spese di cui ai precedenti punti A., B., e C., sostenute per gli interventi chirurgici di seguito indicati (effettuati sia in regime di Ricovero, sia in Day Surgery o ambulatorialmente) sono complessivamente garantite, se effettuate al di fuori del Circuito Convenzionato o con Forma mista (vedasi "definizioni" e Art. 24 ai paragrafi § 24.1.2 e § 24.1.3) entro il limite massimo di € 10.000,00 per intervento chirurgico.

Elenco degli Interventi chirurgici garantiti entro il suindicato sotto-limite:

- a) Adenoidectomia e/o Tonsillectomia;
- b) Appendicectomia (semplice o con peritonite, qualsiasi tecnica);
- c) Colectectomia
- d) Interventi per Ernie addominali;
- e) Intervento chirurgico per Emorroidi e/o Ragadi, qualsiasi metodica (compreso trattamento prolasso mucoso, sfinterotomia anoplastica);
- f) Interventi per neoformazioni cutanee benigne (cisti in genere, lipomi e nevi) escluse comunque le prestazioni a finalità estetica;
- g) Interventi per Polipi;
- h) Meniscopatia;
- i) Varicectomia degli arti inferiori;
- j) Interventi per Legamenti del ginocchio e della spalla.

§ 20.3 Precisazioni

In riferimento ai seguenti punti, si precisa che:

- a) **Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi:** limitatamente ai Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi (vedi punto B.3 e C.4), nei casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un Centro Medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo domiciliare;
- b) **Trasporto:** il trasposto dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata / ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro (vedi punti A.2, B.4 e C.8), con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero, esclude l'utilizzo di eliambulanze;
- c) **Day Hospital / Day Surgery:** le prestazioni effettuate in regime di Day Hospital / Day Surgery (eccetto quanto escluso dall'Art. 14 al punto 13) si intendono equiparate al Ricovero;
- d) **Interventi chirurgici ambulatoriali:** si intendono inclusi con la presente garanzia gli Interventi chirurgici ambulatoriali;
- e) **Massimali e limiti:** l'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme dei sinistri verificatisi nel medesimo anno assicurativo non potrà superare l'importo del massimale annuo indicato nel Modulo di Polizza. Se all'atto della stipula del contratto il Contraente ha scelto la Formula della garanzia con Massimale "Nucleo Familiare" al posto di Massimale "Singola persona", tale somma si deve intendere quale massimale annuo valido per l'insieme dei componenti del Nucleo familiare assicurato.

§ 20.4 Franchigia / Scoperto

La Società, esclusivamente in caso di prestazioni erogate in Strutture mediche non Convenzionate, provvederà al pagamento delle spese di cui alla presente garanzia con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 1.000,00 ed il massimo di 10.000,00 per sinistro (ovvero se selezionata e indicata nel modulo di polizza, in corrispondenza della Garanzia Rimborso spese mediche da Ricovero, la Franchigia "STANDARD").

Se selezionata la Franchigia "F1" (Operante in Strutture Convenzionate e non), la stessa verrà applicata:

- nella misura fissa pari ad € 1.500,00 se la prestazione venga effettuata in Struttura medica Convenzionata;
- con lo scoperto del 20% con il minimo di 1.500,00 ed il massimo di 10.000,00 per sinistro, in caso di prestazioni effettuate in Struttura medica non Convenzionata.

Se selezionata la Franchigia "F2" (Operante in Strutture Convenzionate e non), la stessa verrà applicata:

- nella misura fissa pari ad € 3.000,00 se la prestazione venga effettuata in Struttura medica Convenzionata;
- con lo scoperto del 20% con il minimo di 3.000,00 ed il massimo di 10.000,00 per sinistro, in caso di prestazioni effettuate in Struttura medica non Convenzionata.

La franchigia viene applicata un'unica volta per Sinistro o **Unico sinistro**, intendendosi tale anche:

- a) Più interventi chirurgici avvenuti nella stessa seduta o durante lo stesso periodo di Ricovero;
- b) I ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico nella stessa sede anatomica od in conseguenza del medesimo infortunio;
- c) Ogni serie di accertamenti o prestazioni previste da una medesima prescrizione medica o per il medesimo Infortunio o Malattia.

Tuttavia, nel caso in cui gli Interventi chirurgici o i Ricoveri effettuati come da punto a) e b) e/o le prestazioni mediche sostenute come da punto c) prevedano limiti di Indennizzo/massimali diversi tra di loro, la franchigia verrà applicata con riferimento alla somma assicurata più elevata.

La franchigia non viene applicata in caso di corresponsione dell'Indennità sostitutiva.

GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE – EXTRA RICOVERO

ART. 21) OGGETTO DELLA COPERTURA

§ 21.1 Prestazioni rimborsabili

La Garanzia opera, in caso di Infortunio o Malattia, ferme le Carenze contrattuali e le Esclusioni di polizza (Artt. 13 e 14), entro i Massimali indicati nel Modulo di Polizza (come da specifiche riportate al successivo paragrafo § 21.2), per le prestazioni rientranti alla voce “Visite specialistiche” e gli esami riportati nell’elenco di “Alta diagnostica” non dipendenti da un Ricovero o da un Intervento chirurgico.

Per l’attivazione di tali prestazioni è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

I documenti di spesa (fatture, ricevute) debbono riportare l’indicazione della specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia (malattia/infortunio) denunciata.

Di seguito le prestazioni garantite:

✓ **ALTA DIAGNOSTICA**, in particolare:

Angiografia	Esame urodinamico completo
Arteriografia	Fluorangiografia oculare
Cateterismo cardiaco	Isterosalpingografia
Cistografia	Holter
Clisma opaco	Laserterapia
Colecistografia	Mielografia
Coronarografia	Mineralogia ossea computerizzata (MOC)
Doppler (eco-color-doppler, eco-doppler)	Radioterapia
Ecocardiografia	Radiografie
Ecografie in genere	Risonanza magnetica nucleare (RMN)
Elettromiografia	Scintigrafia
Endoscopia (esofago-gastro-duodenoscopia	Tomografia assiale computerizzata (TAC)
retto-colonscopia, broncoscopia, citoscopia,	Tomografia ed emissione di positroni (PET)
laringoscopia,ecc)	Tomoscintigrafia ad emissione di fotone singolo (SPET)
Esami istologici	Urografia

✓ **VISITE SPECIALISTICHE**, in particolare:

- Onorari dei medici per visite effettuate da specialisti, con l’esclusione delle visite odontoiatriche, ortodontiche, pediatriche, ginecologiche non riferite a patologie neoplastiche, oculistiche (se volte al controllo del solo visus) e con la limitazione, per le visite neurologiche o psichiatriche, rimborsabili nella misura di una visita all’anno per assicurato/nucleo familiare, purché supportata dall’accertamento di un’eventuale patologia.
- Trattamenti fisioterapici e riabilitativi solo se praticati presso Centri Medici;
- Noleggio di apparecchiature per trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- Agopuntura purché praticata da medico;
- Assistenza infermieristica o fisioterapica domiciliare prescritta da medico con il limite di 35 al giorno per un massimo di 15 giorni per anno e per polizza.

§ 21.2 Massimale

L’ammontare complessivo degli indennizzi per l’insieme dei sinistri, rispettivamente per le prestazioni di “Alta diagnostica” e di “Visite specialistiche” di cui al precedente paragrafo, verificatisi nel medesimo anno assicurativo, non potrà superare l’importo dei rispettivi massimali indicati nel Modulo di Polizza, che si intendono, quale disponibilità unica per annualità assicurativa per persona assicurata (con Formula Massimale “Singola persona”) o per l’insieme delle persone assicurate risultanti in polizza (con Formula Massimale “Nucleo Familiare”).

§ 21.3 Scoperto

Ai fini del calcolo dell’indennizzo il rimborso viene effettuato previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 50,00 per singola prestazione sostenuta e documentata, qualora si usufruisca di Strutture sanitarie e/o medici non facenti parte del Servizio Sanitario Nazionale o non facenti parte del Circuito convenzionato.

DIARIA DA RICOVERO

ART. 22) OGGETTO DELLA COPERTURA

In caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata a seguito di Malattia, Infortunio o Parto o Aborto terapeutico, indennizzabili a termini di polizza (vedasi Carenze ed Esclusioni di cui agli Artt. 13 e 14), la Società corrisponde all'Assicurato un'indennità giornaliera, pari all'importo indicato nel Modulo di polizza, per ciascun giorno di degenza, per un periodo massimo di 360 giorni per sinistro e per anno assicurativo.

La garanzia è operante anche per Ricoveri, per Malattia o Infortunio, effettuati in regime di Day Hospital o Day Surgery, purché non riferiti o riferibili a Visite specialistiche, analisi cliniche e/o esami strumentali eseguiti ai soli fini diagnostici.

In caso di Day Hospital o Day Surgery l'importo giornaliero dell'indennità si intenderà in ogni caso dimezzato e verrà riconosciuto per un massimo di 30 giorni per sinistro e anno assicurativo.

Esclusivamente per casi di Day Hospital o Day Surgery dovuti a chemioterapia o radioterapia, l'importo giornaliero verrà garantito per intero ma limitato ad un periodo massimo di **100 giorni** dal primo ricovero, per sinistro e anno assicurativo.

L'importo giornaliero dell'indennità si intende invece raddoppiato, e garantito per periodo massimo di 100 giorni per sinistro e anno assicurativo, nei casi di Ricovero dovuto a:

- **Grande intervento chirurgico** ricompreso nell'Elenco dell'Allegato 2 al presente contratto;
- **Gravi Patologie** ricomprese nell'Elenco dell'Allegato 3 al presente contratto;
- **Ricoveri in reparti di terapia intensiva.**

L'importo giornaliero dell'indennità si intende dimezzato e viene riconosciuto per un solo giorno, nei casi di:

- **Intervento chirurgico** effettuato presso un ambulatorio;
- **Accertamenti** presso un Pronto Soccorso che abbiano comportato la permanenza presso lo stesso per un periodo superiore a 24 ore consecutive.

Nei casi di ricoveri per:

- **Parto senza taglio cesareo:** l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto forfettariamente per 3 giorni, anche se vi siano complicanze.
- **Parto con taglio cesareo:** l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto forfettariamente per 5 giorni, anche se vi siano complicanze.

GARANZIA DIARIA DA CONVALESCENZA

ART. 23) OGGETTO DELLA COPERTURA

In caso di Ricovero indennizzabile a termini di polizza, reso necessario da Malattia, infortunio, Parto o Aborto terapeutico dell'assicurato, seguito da convalescenza domiciliare prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato e corredata da certificato medico, la Società corrisponde l'indennità indicata nel Modulo di Polizza per un periodo non superiore **a 3 volte** quello del Ricovero stesso, con il limite massimo di **20 giorni** per sinistro.

L'importo giornaliero viene corrisposto per un periodo non superiore **a 4 volte** quello del Ricovero stesso con il limite massimo di 60 giorni per sinistro, nei seguenti casi di Ricovero:

- dovuto a **Grande intervento chirurgico** ricompreso nell'Elenco dell'Allegato 2 al presente contratto;
- dovuto a **Gravi Patologie** ricomprese nell'Elenco dell'Allegato 3 al presente contratto;
- dovuto a **trattamenti oncologici** necessari per neoplasie maligne;
- **in reparti di terapia intensiva**

Nei casi di Day Hospital e di Day Surgery, reso necessario da malattia o infortunio, l'importo giornaliero assicurato si intende dimezzato. Nei casi di Parto:

- **senza taglio cesareo**, l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto forfettariamente per 2 giorni, anche se vi siano state complicanze;
- **con taglio cesareo**, l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto forfettariamente per 5 giorni, anche se vi siano state complicanze.

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato al termine della convalescenza prevista a prescindere dall'effettiva guarigione dell'Assicurato.

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Premessa

La gestione dei sinistri relativi al presente Contratto di assicurazione è stata affidata dalla Società a Blue Assistance Spa, di seguito indicata "**Centrale Operativa Medica**". Pertanto, tutte le prestazioni indicate come garantite dalla Società saranno gestite per il tramite di Blue Assistance Spa. La Società, lasciando invariati la portata e i limiti di tali prestazioni, ha la facoltà di affidare tali servizi ad altra Impresa autorizzata ed in tale caso verrà comunicata al Contraente la nuova società senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

ART. 24) MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

§ 24.1 Garanzia Rimborso Spese Mediche (da Ricovero e da Extra-Ricovero)

§ 24.1.1 Cosa fare in caso di sinistro

L'Assicurato che debba essere ricoverato, sostenere un intervento chirurgico, effettuare un accertamento Diagnostico o una Visita specialistica potrà avvalersi delle seguenti opzioni:

- **Pagamento diretto:** usufruire del pagamento diretto delle spese mediche da parte della Società, a norma del paragrafo che segue (§ 24.1.2), se le prestazioni sanitarie vengono effettuate tramite l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici convenzionati, attivati dall'Assicurato tramite la Centrale Operativa Medica;
- **Pagamento a rimborso:** richiedere il rimborso delle spese mediche sostenute, seguendo le modalità indicate al paragrafo che segue (§ 24.1.3);
- **Indennità sostitutiva:** ricorrere per ricoveri agli Istituti di cura del Servizio Sanitario Nazionale o a Strutture con questo convenzionate o accreditate ottenendo la corresponsione dell'indennità sostitutiva, a norma del paragrafo che segue (§ 24.1.4).

§ 24.1.2 Modalità di pagamento: il pagamento diretto

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a Strutture Sanitarie Convenzionate, la Società provvede al pagamento diretto delle spese inerenti il Ricovero, l'intervento chirurgico, l'alta diagnostica e le visite specialistiche, inclusa l'eventuale eccedenza di spesa rispetto a quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi degli Art. 20 e 21.

L'elenco dettagliato delle Strutture sanitarie e dei medici convenzionati con la Centrale Operativa Medica è consultabile nell'apposita sezione "Strutture Sanitarie Convenzionate" del sito della Società: www.globalassistance.it

Eventuali modifiche negli accordi con le Strutture sanitarie ed i Medici convenzionati così come l'eventuale cessazione di convenzioni, non possono essere invocate come motivo di anticipata risoluzione del contratto di assicurazione.

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che la Società non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalle Strutture sanitarie e dai medici convenzionati.

Per usufruire del pagamento diretto delle spese, l'Assicurato dovrà preventivamente ed obbligatoriamente contattare, con almeno 3 (tre) giorni lavorativi di anticipo salvo i casi di comprovata urgenza, la Centrale Operativa Medica (in funzione dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 18.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 12.00 esclusi i festivi) utilizzando seguenti recapiti telefonici:

dall'Italia: al Numero Verde 800.594.594
dall'estero: al numero dedicato +39 011.7417.179

In questo caso la telefonata viene considerata a tutti gli effetti contrattuali la denuncia del sinistro.

L'Assicurato dovrà fornire i seguenti dati:

1. Numero di polizza;
2. Nome e Cognome dell'Assicurato che richiede il servizio;
3. Causale del ricovero (o dell'intervento chirurgico) risultante dalla prescrizione del medico curante comprensiva della diagnosi circostanziata;
4. Luogo o recapito telefonico per successivi contatti;
5. Eventuale preferenza dell'Istituto di cura e/o dei medici convenzionati, che dovrà essere confermata dalla Centrale Operativa Medica;
6. In alternativa al punto 5, indicazione dell'Istituto di cura e/o dei medici convenzionati già scelti e/o prenotati che dovrà in ogni caso essere sempre confermata dalla Centrale Operativa Medica.

La Centrale Operativa Medica, ottenute le informazioni necessarie per la verifica del diritto alla prestazione, incluse le verifiche delle regolarità amministrative del contratto assicurativo, provvede all'individuazione della Struttura Sanitaria Convenzionata, in accordo con l'Assicurato, ed alla conferma allo stesso dell'avvenuta prenotazione della prestazione (se non precedentemente già effettuata dall'Assicurato stesso, come da punto 6) nonché dell'operatività del pagamento diretto.

A tale scopo concorda con l'Assicurato la modalità di trasmissione della copia del documento di presa in carico della prestazione, che riepiloga limiti di polizza ed i diritti ed obblighi rispettivamente della Società e dell'Assicurato verso le Strutture Sanitarie Convenzionate.

All'accettazione, presso la Struttura Sanitaria Convenzionata, sarà sufficiente che l'Assicurato presenti la comunicazione di presa in carico.

La Centrale Operativa Medica, in seguito, pagherà direttamente alla Struttura Sanitaria Convenzionata le spese, garantite a termini di contratto, in luogo dell'Assicurato.

L'Assicurato dovrà provvedere al pagamento delle spese non rimborsabili (dovute ad eventuali franchigie/scoperti, superamento di limiti e massimali ed esclusioni) prima di lasciare la Struttura.

Resta inteso che il Pagamento diretto non sarà comunque possibile nei seguenti casi:

- a) quando non sia stato confermato il pagamento diretto dalla Centrale Operativa Medica;
- b) quando le spese siano relative a Ricoveri o Interventi chirurgici diversi da quelli per cui sia stato confermato il pagamento diretto da parte della Centrale Operativa Medica;
- c) quando Ricoveri o gli Interventi chirurgici non siano effettuati in Strutture Sanitarie Convenzionate O, sebbene all'interno di queste ultime, le prestazioni siano erogate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa Medica; in quest'ultimo caso la liquidazione avverrà con il pagamento misto che prevede il pagamento diretto per le sole spese inerenti costi delle Strutture Sanitarie Convenzionate ed il pagamento a rimborso, con l'applicazione di quanto previsto al successivo paragrafo § 24.1.3, per quelle relative alle prestazioni erogate dai medici non convenzionati;
- d) quando dovessero emergere irregolarità amministrative e/o variazioni del rischio non preventivamente comunicate alla Società.

Nei predetti casi la liquidazione di quanto dovuto a termini di contratto avverrà con il pagamento a rimborso in base alle norme di cui al successivo paragrafo § 24.1.3.

Il pagamento diretto non pregiudica comunque il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti che dovessero essere rilevate anche successivamente il Ricovero, l'intervento chirurgico o la prestazione medica in genere.

§ 24.1.3 Modalità di pagamento: il pagamento a rimborso

In caso di richiesta di rimborso l'Assicurato dovrà far pervenire alla Società, anche per il tramite dell'intermediario, o direttamente alla Centrale Operativa Medica, a cura ultimata e possibilmente entro 60 giorni dall'evento, la denuncia del sinistro compilando il "Modulo di denuncia" (come da Allegato n. 4 alle presenti Condizioni di Assicurazione) ed allegando, in aggiunta alla copia conforme agli originali delle fatture/ parcelle mediche, debitamente quietanzate, tutta la documentazione ivi indicata, ovvero:

- a) in caso di Ricovero: copia conforme all'originale della cartella clinica completa rilasciata dalla struttura sanitaria;
- b) in caso di Intervento ambulatoriale: copia completa della relazione medica riportante il dettaglio delle prestazioni effettuate;
- c) la richiesta medica delle eventuali visite specialistiche/esami di alta diagnostica effettuate, che riporti la patologia presunta e/o la relativa diagnosi e/o l'indagine diagnostica.

L'Assicurato, se in possesso delle credenziali (login e password), potrà trasmettere, nei termini di cui sopra, on-line le proprie richieste di rimborso, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa.

A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it e seguire le istruzioni ivi indicate.

La documentazione da allegare verrà trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, in grado di fornire garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza.

La Società si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

In caso di documenti scritti in lingua estera l'Assicurato dovrà fornire, se richiesto dalla Società, con oneri a suo carico, la traduzione in italiano della documentazione prodotta.

La Società, in ogni caso, si riserva la facoltà di richiedere eventualmente gli originali delle fatture mediche.

La Società, per poter procedere alla definizione del sinistro, potrà richiedere successivamente ulteriore documentazione che l'Assicurato sarà tenuto a trasmettere. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del C.C.

In caso di Ricovero o intervento chirurgico effettuato presso Strutture Sanitarie Convenzionate attivate tramite la Centrale Operativa Medica, ma con prestazioni erogate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa Medica, la liquidazione avviene, come già indicato al paragrafo precedente (§ 24.1.2 punto c) in forma di pagamento misto e la Società provvede a rimborsare all'Assicurato, nei termini contrattuali previsti, le spese sostenute relative ai medici non convenzionati fermo il pagamento diretto per le sole spese inerenti i costi delle Strutture Sanitarie Convenzionate.

In riferimento ai ricoveri, la Società provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato solo a dimissione avvenuta e liquiderà l'importo dovuto, al netto dell'eventuale franchigia e scoperto, entro 60 giorni dalla ricezione della documentazione completa. In caso di comprovata variazione del rischio in relazione della variazione della Provincia di residenza dell'Assicurato, l'indennizzo potrebbe subire delle riduzioni in funzione della diversa Zona di rischio, in base agli indici di cui all'Art. 5.3 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

§ 24.1.4 Modalità di pagamento: l'Indennità sostitutiva

Nel caso in cui l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a Istituti di cura del Servizio Sanitario Nazionale o a strutture con questo convenzionate o accreditate ovvero in assenza di richieste di rimborso delle spese sostenute durante il ricovero la Società corrisponde l'indennità sostitutiva di cui al punto H dell'Art. 20 al paragrafo 2, previa presentazione, a dimissione avvenuta, della certificazione definitiva (cartella clinica completa e documentazione medica) attestante durata e motivo del Ricovero.

In tale caso la Società inoltre rimborserà, nei termini previsti dalla Formula operante, le spese diverse da quelle sostenute durante il ricovero o l'intervento chirurgico e previste all'Art. 20 paragrafo 2 secondo le modalità descritte nel precedente paragrafo § 24.1.3.

§ 24.2 Garanzia Diaria (Da Ricovero e da Convalescenza)

§ 24.2.1 Cosa fare in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato, o altro soggetto incaricato per conto di quest'ultimo qualora l'Assicurato sia obiettivamente impossibilitato a farlo, dovrà far pervenire alla Società, anche per il tramite dell'Intermediario, o direttamente alla Centrale Operativa Medica, entro 15 giorni da quello in cui è avvenuto il Ricovero, la denuncia di sinistro compilando il "Modulo di denuncia" (come da Allegato n. 5 alle presenti Condizioni di Assicurazione) ed allegando la documentazione ivi indicata ovvero:

- Copia conforme all'originale della cartella clinica completa rilasciata dalla struttura sanitaria ed ogni documentazione sanitaria relativa alla degenza;
- Per le richieste di diaria da convalescenza: anche certificati medici che prescrivono ed indicano la durata della convalescenza.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 C.C. L'Assicurato, se in possesso delle credenziali (login e password), potrà effettuare, nei termini di cui sopra, la denuncia di sinistro on-line.

A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it e seguire le istruzioni ivi indicate. La documentazione da allegare verrà trasmessa mediante un sistema di scansione ottica in grado di fornire garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza.

§ 24.2.2 Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Centrale Operativa Medica provvederà, a degenza ospedaliera e convalescenza ultimata, alla determinazione dell'indennità dovuta, dandone comunicazione all'Assicurato.

La Società provvederà alla liquidazione dell'importo dovuto entro 60 giorni dalla ricezione della documentazione completa.

Nel caso in cui la Società ritenesse opportuno procedere con l'invio di un'offerta, la liquidazione avverrà soltanto previa accettazione dell'importo da parte dell'Assicurato.

Il giorno di Ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione.

Il diritto all'Indennità è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato ed offerto.

ART. 25 DOCUMENTAZIONE FISCALE RIMBORSO DA TERZI

La Società restituisce all'Assicurato gli eventuali originali richiesti delle fatture, notule e distinte relative ai pagamenti effettuati direttamente dall'Assicurato alle Strutture mediche non Convenzionate.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

ART. 26 CONTROVERSIE ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro o sulla quantificazione o congruità economica delle prestazioni sanitarie fatturate, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

ART. 27 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro indennizzabile a termini di contratto, l'Assicurato od i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) **acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed alle indagini necessarie per la determinazione del diritto all'indennizzo, compresa eventuale visita medico-legale che la Compagnia dovesse ritenere utile;**
- 2) **fornire alla Centrale Operativa Medica ogni informazione necessaria per la verifica del diritto alle prestazioni previste dal contratto, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;**
- 3) **mettere a disposizione della Compagnia, su semplice richiesta di quest'ultima, sia gli originali della documentazione medica che dei giustificativi di spesa.**

L'inadempimento ai suddetti obblighi può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

ALLEGATO 1

TABELLA DEI “COEFFICIENTI DI INCREMENTO ANNUO DEL PREMIO PER ETÀ” (ART. 2.3.2)

I Coefficienti che seguono, differenziati per età e per tipologia di Garanzia, si applicano al Valore cui il Premio individuale, per singola Garanzia acquistata, ammontava alla ricorrenza annuale antecedente, per ottenere il Premio di rinnovo aggiornato dell'annualità successiva. Al Premio di rinnovo aggiornato viene applicata l'indicizzazione come da Art. 10.

Età assicurato	Garanzia Rimborso spese mediche da Ricovero / Extra ricovero	Garanzia Diaria da Ricovero / da Convalescenza
0 anni	/	/
1	1,0000	1,0000
2	1,0000	1,0000
3	1,0000	1,0000
4	1,0000	1,0000
5	1,0000	1,0000
6	1,0400	1,0000
7	1,0400	1,0000
8	1,0400	1,0000
9	1,0400	1,0000
10	1,0400	1,0000
11	1,0400	1,0000
12	1,0400	1,0000
13	1,0400	1,0000
14	1,0400	1,0000
15	1,0400	1,0000
16	1,0400	1,2500
17	1,0400	1,0000
18	1,0400	1,0000
19	1,0400	1,0000
20	1,0400	1,0000
21	1,0400	1,0000
22	1,0400	1,0000
23	1,0400	1,0000
24	1,0400	1,0000
25	1,0300	1,0000
26	1,0300	1,0000
27	1,0300	1,0000
28	1,0300	1,0000
29	1,0300	1,0000
30	1,0300	1,0000
31	1,0300	1,1000
32	1,0300	1,0295
33	1,0300	1,0153
34	1,0300	1,0152
35	1,0300	1,0151
36	1,0300	1,0237
37	1,0300	1,0369
38	1,0300	1,0146
39	1,0300	1,0145
40	1,0250	1,0145
41	1,0250	1,0204
42	1,0250	1,0354
43	1,0250	1,0142
44	1,0250	1,0141
45	1,0250	1,0141
46	1,0250	1,0250
47	1,0250	1,0250
48	1,0250	1,0139
49	1,0250	1,0139

Condizioni di Assicurazione “Global Sistema Salute” Ed.3 – GSS

ALLEGATO 2

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

COLLO	1. Gozzo retrosternale con mediastinotomia 2. Resezione dell'esofago cervicale 3. Tiroidectomia allargata per neoplasia maligna
ADDOME (parete addominale)	1. Laparatomia esplorativa per occlusione con resezione 2. Laparatomia con sutura viscerale
PERITONEO	1. Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
ESOFAGO	1. Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico 2. Interventi con esofagoplastica
STOMACO - DUODENO	1. Resezione gastrica 2. Gastrectomia totale 3. Gastrectomia allargata 4. Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria 5. Intervento per fistola gastro-digiunocolica 6. Sutura di perforazioni gastriche ed intestinali non traumatiche 7. Mega-esofago ed esofagite da reflusso 8. Cardioplastica
INTESTINO	1. Colectomie parziali 2. Colectomia totale
RETTO E ANO	1. Interventi per neoplasie del retto-ano se per via addominoperineale 2. Operazione per megacolon 3. Proctocolectomia totale
FEGATO	1. Drenaggio di ascesso epatico 2. Interventi per echinococchi 3. Resezioni epatiche 4. Derivazioni biliodigestive 5. Interventi sulla papilla di Water 6. Reinterventi sulle vie biliari 7. Interventi chirurgici per ipertensione portale
PANCREAS	1. Interventi per pancreatite acuta 2. Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche 3. Interventi per pancreatite cronica 4. Interventi per neoplasie pancreatiche
INTERVENTI SUL MEDIASTINO	1. Interventi per tumori
INTERVENTI SUL POLMONE	1. Interventi per fistole bronchiali 2. Interventi per echinococco 3. Resezioni segm. e lobectomia 4. Pneumectomia 5. Tumori della trachea
CARDIOCHIRURGIA	1. Correzione difetto del setto interatriale 2. Correzione difetto del setto interventricolare senza ipertensione polmonare 3. Valvulotomia singola o multipla per stenosi polmonare 4. Plastica valvolare mitralica o aortica 5. Correzione di stenosi aortica sottovalvolare a diaframma 6. Sostituzione valvola singola: aortica-mitralica-tricuspidale 7. Anuloplastica valvola singola 8. By-pass aorto-coronarico singolo 9. Embolectomia della polmonare 10. Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi 11. Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale 12. Correzione impianto anomalo coronarie 13. Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica 14. Correzione canale atrioventricolare completo 15. Finestra aorto-polmonare 16. Correzione di ventricolo unico 17. Correzione di ventricolo destro a doppia uscita 18. Correzione di "truncus arteriosus" 19. Correzione di coartazioni aortiche di tipo fetale 20. Correzione di coartazioni aortiche multiple o molto estese

	21. Correzione di stenosi aortiche infundibulari 22. Correzione di stenosi aortiche sopravalvolari 23. Correzione di trilogia di Fallot 24. Correzione di tetralogia di Fallot 25. Correzione di atresia della tricuspide 26. Correzione di pervietà interventricolare ipertesa 27. Correzione di pervietà interventricolare con "debanding" 28. Correzione di pervietà interventricolare con insufficienza aortica 29. Sostituzioni valvolari multiple 30. By-pass aortocoronarici multipli 31. Sostituzioni valvolari con by-pass aorto-coronarico 32. Aneurismi aorta toracica 33. Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio 34. Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto 35. Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti 36. Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici 37. Asportazione di tumori intercardiaci 38. Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso 39. Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale 40. Pericardiectomia totale e parziale
NEUROCHIRURGIA	1. Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche 2. Intervento per encefalomeningocele 3. Intervento per craniostenosi 4. Interventi per traumi cranio cerebrali 5. Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre) 6. Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale 7. Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale 8. Rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici 9. Anastomosi endocranica dei nervi cranici 10. Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale 11. Asportazione tumori dell'orbita 12. Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc.) 13. Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (Aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose) 14. Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari intracraniche 15. Psicochirurgia 16. Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica 17. Intervento per epilessia focale e callosotomia 18. Emisferectomia 19. Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore 20. Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per via posteriore 21. Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto 22. Anastomosi dei vasi extra-intracranici 23. Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo 24. Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario 25. Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari 26. Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, ecc.) 27. Interventi per traumi vertebro-midollari 28. Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica 29. Interventi per mielopatia cervicale o ernia del disco per via anteriore o posteriore 30. Somatotomia vertebrale 31. Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore 32. Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica 33. Asportazione di ernia del disco lombare 34. Spondilolistesi 35. Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocoele, mielomeningocele, ecc.) 36. Cordotomia e mielotomia percutanea
NERVI PERIFERICI	1. Interventi sul plesso brachiale
CHIRURGIA VASCOLARE	1. Operazioni sulla aorta toracica e sulla aorta addominale 2. Operazioni sui vasi arteriosi del collo
CHIRURGIA PEDIATRICA	1. Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia) 2. Atresia congenita dell'esofago 3. Fistola congenita dell'esofago 4. Trattamento chirurgico per ipertensione portale nel bambino

	5. Occlusione intestinale del neonato: atresie con necessità di anastomosi 6. Ileo meconiale: resezione secondo Mickulicz 7. Ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva 8. Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale 9. Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale 10. Mega uretere: resezione con reimpianto 11. Mega uretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale 12. Mega colon: resezione anteriore 13. Mega colon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1. Osteosintesi diafisi femorale ed epifisi dorsale 2. Osteosintesi di omero 3. Interventi per costola cervicale 4. Scapulopessi 5. Trapianti ossei o protesi diafisarie 6. Trattamento delle dismetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni 7. Biopsia trans-peduncolare dei somi vertebrali 8. Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti 9. Resezioni del sacro 10. Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari 11. Laminectomia decompressiva per neoplasie (senza sintesi) 12. Disarticolazione interscapolo toracica 13. Resezioni complete di spalla (omero - scapulo - claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto 14. Resezioni artrodiarisie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade" 15. Resezioni del radio distale con trapianto articolare perone-proradio 16. Emipelvectomy 17. Emipelvectomy "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto 18. Resezioni del femore prossimale artrodiarisia e sostituzione con protesi speciali (cementate o no, modulari o no) 19. Resezioni artrodiarisie del ginocchio: artrodesizzanti (trapianto o cemento più infibulo femore-tibiale) 20. Resezioni artrodiarisie del ginocchio: sostituzioni con protesi modulari o "custom-made" 21. Intervento di rimozione di protesi di anca 22. Intervento di rimozione e reimpianto di protesi di anca 23. Artroprotesi di ginocchio 24. Protesi cefalica di spalla 25. Vertebrotonomia 26. Discectomia per via anteriore per ernia cervicale 27. Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi 28. Uncoforaminotomia 29. Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale 30. Osteosintesi vertebrale 31. Pulizia focolai osteici 32. Artrodesi per via anteriore 33. Interventi per via posteriore: senza impianti 34. Interventi per via posteriore: con impianti 35. Interventi per via anteriore: senza impianti 36. Interventi per via anteriore: con impianti
UROLOGIA	1. ESWL (litotrissia extracorporea con onde d'urto) 2. Nefrectomia allargata per tumore 3. Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia 4. Resezione renale con clampaggio vascolare 5. Nefroureterectomia totale 6. Surrenalectomia 7. Ileo bladder 8. Cistoprostatovesicoclectomia con ureterosigmoidostomia 9. Cistoprostatovesicoclectomia con neovescica rettale 10. Cistoprostatovesicoclectomia con ileo bladder 11. Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali 12. Cistoprostatovesicoclectomia con ureteroileoureteroanastomosi 13. Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale 14. Prostatectomia radicale extraponeurotica nerve sparing

	15. Linfadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolare
GINECOLOGIA	1. Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale 2. Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale 3. Vulvectomy allargata con linfadenectomia 4. Intervento radicale per carcinoma ovarico
OCULISTICA	1. Odontocheratoprosi
OTORINOLARINGOIATRIA	1. Asportazione di tumori glomici-timpano-giugulari
TRAPIANTI	1. Tutti, esclusi i trapianti di cornea

ALLEGATO 3

GRAVI PATOLOGIE

1. Diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - ulcere torpide e decubiti
 - sovrinfezioni
 - infezioni urogenitali
 - ipertensione instabile
 - neuropatie
 - vasculopatie periferiche
2. Insufficienza cardiaca a labile compenso, caratterizzata da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - dispnea
 - edemi declivi e stasi polmonare
 - ipossiemia
 - aritmie
3. Cardiopatia ischemica
4. Insufficienza cardiaca congestizia
5. Angina instabile
6. Infarto e complicanze
7. Insufficienza respiratoria, caratterizzata da almeno 3 tra le seguenti manifestazioni:
 - acuta
 - edema polmonare
 - cronica in trattamento riabilitativo
 - con ossigenoterapia domiciliare continua
 - con ventilazione domiciliare
 - cronica riacutizzata
8. Insufficienza renale acuta
9. Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico (emodialitico o peritoneale)
10. Neoplasie maligne: accertamenti e cure
11. Gravi traumatismi se controindicato intervento chirurgico comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni.
12. Gravi osteoartropatie e collagenosi con gravi limitazioni funzionali che comportino anchilosi o rigidità articolari superiori al 50%
13. Patologie neuromuscolari evolutive
14. Tetraplegia
15. Sclerosi multipla
16. Sclerosi laterale amiotrofica
17. Miopatie Miastenia
18. Ustioni gravi (terzo grado) con estensioni almeno pari al 20% del corpo
19. Vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali
20. Morbo di Parkinson, purché caratterizzato da marcata riduzione dell'attività motoria e dal mantenimento con difficoltà della stazione eretta;
21. Stato di coma
22. Alzheimer (diagnosticato clinicamente)

**MODULO DI DENUNCIA DEI SINISTRI DI “RIMBORSO SPESE MEDICHE”**

Global Sistema Salute

Richiesta di rimborso da inviare alla **Centrale Operativa Medica** incaricata dalla Società al seguente indirizzo:

Blue Assistance SpA – Ufficio Liquidazione Danni - Via Santa Maria, 11 - 10122 Torino

(È possibile, in alternativa, effettuare le richieste di rimborso on-line, accedendo all'**Area riservata** presente sul **sito www.blueassistance.it**)

Avvertenze: Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte (diversamente la richiesta potrebbe non essere presa in considerazione o richiedere integrazioni).

Si ricorda che l'Assicurato dovrà trattenere copia di tutta la documentazione inviata e mettere a disposizione della Società, su semplice richiesta di quest'ultima, la documentazione medica ed i giustificativi di spesa in originale.

CONTRAENTE	POLIZZA N°
------------	------------

ASSICURATO (persona cui si riferiscono le spese): _____

(Relazione rispetto al Contraente) ☐ Coniuge/Convivente ☐ Figlio ☐ Altro _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____ Luogo di nascita: _____ Professione: _____

Residenza: Via _____ Città _____ CAP _____ Prov. () _____

Recapito telefonico	Indirizzo email:
---------------------	------------------

Altre coperture sanitarie ☐ NO ☐ SI _____
(Denominazione Compagnia/ Fondo/ Cassa)

RICOVERI o INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI:

☐ **Ricovero (o Day Hospital/ o Day Surgery)** *Periodo di degenza: dal...../...../.....; al/...../.....;*
 per ☐ **Infortunio** ☐ **Malattia** ☐ **Parto naturale** ☐ **Parto cesareo** ☐ **Aborto terapeutico**

Oppure:

☐ **Intervento chirurgico ambulatoriale** avvenuto il:/...../.....; per: ☐ **Infortunio** o ☐ **Malattia**

Richiesta: **Rimborso spese sostenute** ☐ **Durante** il Ricovero/per l'intervento chirurgico ☐ **Pre- o Post-ricovero** /Intervento chirurgico oppure ☐ **Indennità sostitutiva da ricovero**

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso:

- Per Ricovero: copia della cartella clinica completa rilasciata da struttura sanitaria
- Per Intervento Chirurgico ambulatoriale: copia completa della relazione medica riportante il dettaglio delle prestazioni effettuate
 - In ogni caso:
- ✓ Copia conforme agli originali degli eventuali giustificativi di spesa (fatture, parcelle, etc) relativi all'evento, debitamente quietanzati
- ✓ Richiesta medica delle Prestazioni sostenute con l'indicazione della presunta patologia e/o relativa diagnosi e/o dell'indagine diagnostica richiesta.

EXTRA - RICOVERO (prestazioni non connesse a Ricovero o Intervento chirurgico ambulatoriale)

☐ Alta diagnostica ☐ Visite mediche specialistiche

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso:

- Copia della prescrizione medica con indicazione della presunta patologia e/o della relativa diagnosi
- Copia degli originali dei giustificativi di spesa (fatture, parcelle, etc) relativi all'evento, debitamente quietanzati

DATI BANCARI

Cognome e nome del titolare del c/c	Codice Fiscale
-------------------------------------	----------------

IBAN:

Luogo _____ **Data** _____ **Firma dell'Assicurato** _____

(o di chi ne esercita la patria potestà)



**MODULO DI DENUNCIA DEI SINISTRI - DIARIA**

(È possibile, in alternativa, effettuare le richieste on-line, accedendo all'**Area riservata** presente sul sito **www.blueassistance.it**)

Si ricorda che l'Assicurato dovrà trattenere copia di tutta la documentazione inviata e mettere a disposizione della Società, su semplice richiesta di quest'ultima, la documentazione medica in originale.

CONTRAENTE	POLIZZA N°
-------------------	-------------------

(Denominazione Compagnia/ Fondo/ Cassa)

☐ **per la richiesta di Diaria da Convalescenza:** certificati medici che prescrivono ed indicano la durata della convalescenza (l'eventuale prolungamento della convalescenza deve essere documentato da ulteriori certificati medici).

(o di chi ne esercita la patria potestà)



INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Informativa resa all'interessato per il trattamento assicurativo di dati personali comuni particolari e dei dati relativi a condanne penali e reati.

Ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 2016/679 (General Data Protection Regulation – GDPR) ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1. CATEGORIE DI DATI PERSONALI TRATTATI

Il "dato personale" è "qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile ("interessato")". Ai fini della presente Informativa il Titolare tratta i seguenti dati personali: nome, cognome, indirizzo, e-mail, numero telefonico, codice fiscale o P. IVA dell'interessato e dei soggetti da lui indicati per la copertura assicurativa. Oltre alle categorie di dati indicati potranno anche essere trattati, previo consenso espresso dell'interessato, anche per conto degli altri soggetti inclusi nella copertura assicurativa, i dati relativi allo stato di salute di cui all'art. 9 (dati sanitari) e dati relativi a condanne penali e reati di cui all'art.10 del GDPR.

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento è diretto all'espletamento da parte del Titolare delle seguenti finalità:

- Procedere all'elaborazione di preventivi Assicurativi, sulla base delle informazioni ricevute;
- Procedere alla valutazione dei requisiti per l'assicurabilità dei soggetti interessati alla stipula del contratto;
- Procedere alla conclusione, gestione ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti;
- Adempiere ad eventuali obblighi previsti dalla legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria o da un ordine dell'Autorità;
- Esercitare i diritti del Titolare, ad esempio il diritto di difesa in giudizio.

Il trattamento avviene nell'ambito di attività assicurativa e riassicurativa, a cui il Titolare è autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei Vostri dati personali, inclusi i dati particolari ai sensi dell'art. 9 e dell'art.10 del GDPR, è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 comma 1 n. 2) del GDPR e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. I Vostri dati personali sono sottoposti a trattamento in formato sia cartaceo che elettronico.

4. NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZE DEL RIFIUTO

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

- a) Obbligatorio in base ad una legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio Antiriciclaggio, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile)
 - b) Strettamente necessario alla redazione di preventivi assicurativi;
 - c) Strettamente necessario alla conclusione, gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti;
- L'eventuale rifiuto dell'interessato di conferire i dati personali comporta l'impossibilità di procedere alla conclusione, gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti.

Il mancato consenso al trattamento dei dati relativi a condanne penali o reati comporterà l'impossibilità di includere la copertura della Tutela Legale all'interno del contratto.

5. CONSERVAZIONE

I dati personali conferiti per le finalità sopra esposte saranno conservati per il periodo di validità contrattuale assicurativa e successivamente per un periodo di 10 anni. Decorso tale termine i dati personali saranno cancellati.

6. ACCESSO AI DATI

I Vostri dati personali potranno essere resi accessibili per le finalità di cui sopra:

- A dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di soggetti designati;
- A intermediari assicurativi per finalità di conclusione gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione dei sinistri relativi ai medesimi contratti;
- A soggetti esterni che forniscono servizi in outsourcing al Titolare;

- A riassicuratori con i quali il Titolare sottoscrive specifici trattati per la copertura dei rischi riferiti al contratto assicurativo.

7. COMUNICAZIONE DEI DATI

Il Titolare potrà comunicare i Vostri dati, per le finalità di cui al punto 2 precedente e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge, a terzi soggetti operanti nel settore assicurativo, società di servizi informatici o società a cui il Titolare ha affidato attività in outsourcing o altri soggetti nei confronti dei quali la comunicazione è obbligatoria.

8. DIFFUSIONE

I dati personali di cui alla presente informativa non sono soggetti a diffusione.

9. TRASFERIMENTO DATI ALL'ESTERO

La gestione e la conservazione dei dati personali avverranno su server ubicati all'interno del territorio italiano o comunque dell'Unione Europea. I dati non saranno oggetto di trasferimento all'esterno dell'Unione Europea.

10. DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualità di interessati, avete i diritti riconosciuti dall'art. 15 del GDPR, in particolare di:

- Ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che vi riguardano;
- Ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del Titolare, degli eventuali responsabili e dell'eventuale rappresentante designati ai sensi dell'art. 3 comma 1 del GDPR; e) dei soggetti e delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati;
- Ottenere: a) l'aggiornamento, la rettifica ovvero, quanto avete interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
- Opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che vi riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che vi riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Ove applicabili, avete altresì i diritti di cui agli articoli 16 – 21 del GDPR (Diritto di rettifica, diritto all'oblio, diritto di limitazione di trattamento, diritto alla portabilità dei dati contrattuali e grezzi di navigazione, diritto di opposizione), nonché il diritto di reclamo all'Autorità Garante.

11. MODALITÀ DI ESERCIZIO DEI DIRITTI

Potrete in qualsiasi momento esercitare i Vostri diritti inviando una e-mail a dpo@globalassistance.it, una PEC o una raccomandata A.R. all'indirizzo del Titolare.

12. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il titolare del trattamento è:

Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A.

Piazza Armando Diaz n. 6 - 20123 – Milano

Email: global.assistance@globalassistance.it

PEC: globalassistancespa@legalmail.it