

postaprotezione SiCura

Contratto di assicurazione malattia ed assistenza

Il presente Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva di Glossario e le Condizioni di Assicurazione deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

postaprotezione SiCura

Posteassicura
GruppoAssicurativoPostevita

Il Gruppo Assicurativo Poste Vita è lieto di invitarvi a casa vostra.

(Non è necessario confermare.)

**VI ASPETTIAMO ONLINE NELLA NUOVA AREA RISERVATA INTERAMENTE DEDICATA A VOI,
UNO SPAZIO DOVE UTILIZZARE NUMEROSI STRUMENTI INNOVATIVI.**

Nella nuova area riservata potete:



Verificare la vostra posizione assicurativa.



Modificare l'anagrafica e i dati di attivazione.



Controllare lo stato delle pratiche,
ricevere aggiornamenti sull'evoluzione del piano,
misurare il premio versato e il capitale maturato.



Accedere all'archivio della corrispondenza.



Trovare le news più interessanti per il vostro profilo.

Ottenere l'accesso all'**Area Clienti** e agli strumenti dedicati è semplice:
basta registrarsi su **www.postevita.it** o **www.poste-assicura.it**.

Con una semplice connessione a internet, potrete accedere
alla vostra posizione assicurativa **24 ore su 24, 7 giorni su 7.**

VENITE A SCOPRIRE LA VOSTRA AREA RISERVATA: È SEMPLICE, VELOCE E CONVIENE.

Per ogni ulteriore informazione potete contattare il nostro Numero Verde
800.13.18.11

Indice

Nota Informativa	PAG.	1/6
A - INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	PAG.	1/6
B - INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	PAG.	1/6
C - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	PAG.	3/6
Glossario	PAG.	5/6
Condizioni di Assicurazione	PAG.	1/21
Art.1 - Informazioni Generali	PAG.	1/21
Art.1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.....	PAG.	1/21
Art.1.2 - Conclusione del contratto - Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio	PAG.	1/21
Art.1.3 - Determinazione e adeguamento del premio annuo.....	PAG.	1/21
Art.1.4 - Durata e proroga dell'assicurazione	PAG.	4/21
Art.1.5 - Foro competente e procedura di mediazione	PAG.	4/21
Art.1.6 - Modifiche del contratto di assicurazione.....	PAG.	4/21
Art.1.7 - Aggravamento del rischio	PAG.	4/21
Art.1.8 - Oneri fiscali	PAG.	4/21
Art.1.9 - Estensione territoriale	PAG.	4/21
Art.1.10 - Legge applicabile e rinvio	PAG.	4/21
Art.1.11 - Prescrizione	PAG.	4/21
Art.1.12 - Rinuncia al diritto di rivalsa	PAG.	4/21
Art.1.13 - Reclami.....	PAG.	4/21
Art. 2 - Piani di copertura	PAG.	6/21
Art. 2.1 - Massimali.....	PAG.	6/21
Art. 2.2 - Operatività della copertura	PAG.	6/21
Art. 2.3 - Garanzie/Opzioni facoltative	PAG.	6/21
Art. 3 - Oggetto dell'assicurazione	PAG.	7/21
Art. 3.1 - Interventi chirurgici	PAG.	7/21
Art. 3.2 - Parto	PAG.	8/21
Art. 3.3 - Diaria sostitutiva Servizio Sanitario Nazionale (SSN).....	PAG.	8/21
Art. 3.4 - Prestazioni di Assistenza	PAG.	8/21
Art. 4 - Garanzie/Opzioni facoltative	PAG.	11/21
Art. 4.1 - Alta Diagnostica (operante se richiamata in polizza).....	PAG.	11/21
Art. 4.2 - Check-up (operante se attivata la garanzia Alta Diagnostica).....	PAG.	12/21
Art. 4.3 - Opzione Franchigia (operante se richiamata in polizza).....	PAG.	12/21
Art. 5 - Persone assicurabili - Limiti assuntivi	PAG.	12/21
Art. 6 - Persone non assicurabili	PAG.	12/21
Art. 7 - Massimali e scoperti	PAG.	13/21
Art. 7.1 - Unico sinistro	PAG.	13/21
Art. 7.2 - Limiti di rimborso per specifici interventi chirurgici.....	PAG.	13/21
Art. 8 - Termini di carenza	PAG.	14/21
Art. 9 - Esclusioni	PAG.	14/21

Art. 10 - Sostituzioni di polizza	PAG. 15/21
Art. 11 - Rinnovo della copertura	PAG. 16/21
Art. 12 - Modalità di utilizzo della copertura e obblighi in caso di sinistro	PAG. 17/21
Art. 12.1 - Intervento chirurgico e Parto	PAG. 17/21
Art. 12.2 - Prestazioni di Alta diagnostica	PAG. 19/21
Art. 12.3 - Check-up	PAG. 19/21
Art. 12.4 - Assistenza.....	PAG. 19/21
Art. 13 - Altri obblighi in caso di sinistro	PAG. 20/21
Art. 14 - Esonero denuncia altre assicurazioni	PAG. 20/21
Art. 15 - Valuta di pagamento	PAG. 20/21
Art. 16 - Collegio medico	PAG. 20/21

Moduli ed Informative accessorie

Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici

Informativa privacy relativamente all'attività liquidazione sinistri

Moduli

- **Quadro sanitario dell'Assicurato**
- **Modulo richiesta utilizzo Network convenzionato**
- **Modulo richiesta rimborso spese**

Informativa ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003 n. 196

Ai sensi del Codice delle Assicurazioni (D. Lgs. 7 settembre 2005, n. 209) e delle disposizioni di attuazione, le clausole che prevedono rischi, oneri e obblighi a carico dell'Assicurato e del Contraente, esclusioni, limitazioni e periodi di sospensione della garanzia, nullità, decadenze, rivalse, nonché le avvertenze, sono riportate mediante caratteri di particolare evidenza.

Nota Informativa

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

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

La Nota Informativa si articola nelle seguenti sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO
- C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Poste Assicura S.p.A., società con socio unico, soggetta alla direzione e coordinamento di Poste Vita S.p.A., appartenente al Gruppo Assicurativo Poste Vita (iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 043, a sua volta facente parte del più ampio Gruppo Poste Italiane), è iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione al n. 1.00174, è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2788 del 25 marzo 2010 e ha sede legale e direzione generale in Piazzale Konrad Adenauer, 3 - CAP 00144 Roma, Italia (telefono: 06.54.924.1 - fax: 06.54.924.203).

Sito internet: www.poste-assicura.it, posta elettronica: infoclienti@poste-assicura.it.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

I dati di seguito riportati si riferiscono all'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2010:

- il patrimonio netto di Poste Assicura S.p.A. ammonta a 7,41 milioni di Euro di cui il capitale sociale è pari a 5 milioni di Euro e le riserve patrimoniali sono pari a 2,41 milioni di Euro;
- l'indice di solvibilità riferito alla gestione danni risulta essere pari a 1,01 e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile pari a 3,56 milioni di Euro e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente pari a 3,5 milioni di Euro.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto ha durata annuale e si rinnova tacitamente di anno in anno con il massimo di quattro rinnovi consecutivi e fermo restando quanto previsto in relazione all'età dell'Assicurato (Art. 5 delle Condizioni di Assicurazione).

Alla scadenza del quinto anno il contratto cessa senza obbligo di disdetta.

Avvertenza: Alla scadenza di ciascun anno, il Contraente o la Società hanno la facoltà di esercitare la disdetta. La disdetta esercitata dal Contraente dovrà essere inviata mediante lettera raccomandata e spedita almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale. La disdetta comporta la cessazione delle garanzie assicurative alla prima ricorrenza annuale successiva. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 1.4 delle Condizioni di Assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

La copertura assicurativa garantisce all'Assicurato:

- le spese mediche sostenute nei 60 giorni prima, durante e nei 90 giorni successivi all'intervento chirurgico a seguito di infortunio o malattia, compresi gli interventi chirurgici ambulatoriali senza pernottamento (Day Surgery);
 - le spese mediche sostenute in caso di parto naturale o con taglio cesareo;
 - una diaria sostitutiva in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
 - le prestazioni di Assistenza in Italia e all'estero.
- Si rinvia all'Art. 3 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Inoltre è possibile ampliare la copertura con l'inserimento delle:

- spese di Alta Diagnostica (operante se richiamata in polizza);
- spese relative al Check-up (operante se attivata la garanzia Alta Diagnostica).

Infine è possibile attivare l'Opzione Franchigia prevedendo che una parte delle spese sostenute resti a carico dell'Assicurato a fronte di una riduzione del premio.

Si rinvia all'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: Il contratto, in alcuni specifici casi, prevede limitazioni, esclusioni ovvero condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo a riduzioni o al mancato pagamento delle somme dovute.

Si rinvia agli Artt. 1.2, 5, 8 e 9 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: Le coperture prevedono la presenza di franchigie, scoperti e massimali.

Si rinvia agli Artt. 3, 4 e 7 delle Condizioni di Assi-

curazione per gli aspetti di dettaglio.

Per facilitare la comprensione da parte dell'Assi-

curato si riportano alcuni esempi numerici relativi al meccanismo di funzionamento di franchigie, scoperti e massimali:

	Esempio 1 By-pass aorto-coronarico	Esempio 2 Ricostruzione dei legamenti del ginocchio	Esempio 3 Adenoidectomia	Esempio 4 Parto naturale
Utilizzo del Network convenzionato	SI	Istituto di cura convenzionato e équipe medica non convenzionata	NO	SI
Massimale	Piano B: Euro 150.000,00	Piano B: Euro 150.000,00	Piano B: Euro 150.000,00	Piano B: Euro 150.000,00
Sottolimito	-	Euro 10.000,00 per l'équipe in caso di équipe non convenzionata	Euro 5.000,00	Euro 2.000,00
Ammontare delle spese sostenute	Euro 25.000,00	Euro 18.000,00, di cui: Euro 5.000,00 per l'équipe Euro 13.000,00 per l'intervento e le spese pre e post	Euro 2.500,00	Euro 4.000,00
Franchigia	Opzione franchigia operante	Opzione franchigia non operante	Opzione franchigia non operante	Opzione franchigia non operante
Scoperto	Non presente in quanto viene utilizzato il Network convenzionato	Sulle spese dell'équipe medica: scoperto del 20% con il minimo di Euro 200,00 e il massimo di Euro 5.000,00.	Scoperto del 20% con il minimo di Euro 200,00 e il massimo di Euro 5.000,00.	Non presente
Indennizzo	Euro 23.000,00	Euro 17.000,00	Euro 2.000,00	Euro 2.000,00

Avvertenza: Sono assicurabili le persone fisiche di età non superiore ai 74 anni all'atto della sottoscrizione. Il contratto non può rinnovarsi tacitamente alla scadenza annuale successiva al compimento del 75esimo anno di età dell'Assicurato.

Si rinvia all'Art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.

4. Periodi di carenza contrattuali

Avvertenza: Sono presenti alcuni termini di carenza durante i quali la garanzia non è operante. Si rinvia all'Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Dichiarazione Buono stato di Salute - Nullità

Avvertenza: Le dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto, comprese le dichiarazioni rilasciate nella Dichiarazione di Buono stato di Salute, potrebbero comportare gravi conseguenze, ivi compresa la mancata corrispon-

ne delle somme dovute come specificato all'Artt. 1.1, 1.3 e 6 delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza: Per la sottoscrizione del presente contratto è prevista la sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute, contenente delle affermazioni che l'Assicurato deve effettuare in maniera precisa e veritiera.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta a Poste Assicura S.p.A. di ogni aggravamento o diminuzione del rischio, come specificato all'Art. 1.7 e all'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

Ad esempio, se nel corso del contratto si verifica una variazione della provincia di residenza di uno degli Assicurati, il Contraente o l'Assicurato devono darne comunicazione scritta alla Società in quanto ciò può costituire aggravamento di rischio secondo quanto previsto agli Artt. 1.3 e 10 delle Condizioni di Assicurazione. Per le conseguenze derivanti dalla mancata comunicazione si rinvia agli Artt. 1.7 e 6 delle Condizioni di Assicurazione.

7. Premi

Il pagamento del premio può essere effettuato con cadenza annuale (tramite addebito automatico su conto BancoPosta, addebito automatico su Libretto di Risparmio Postale oppure Carta Postamat e contanti se il premio annuo non supera Euro 750,00) oppure mensile (tramite addebito automatico su conto BancoPosta o su Libretto di Risparmio Postale). Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 1.2 delle Condizioni di Assicurazione.

Il premio è sempre determinato per una durata annuale ed è interamente dovuto dal Contraente, anche qualora sia stato convenuto il frazionamento mensile.

Avvertenza: L'Impresa, in caso di polizza di assicurazione che garantisca una pluralità di assicurati, prevede degli scaglioni di sconti in base al numero di teste assicurate.

L'Impresa inoltre si riserva il diritto di applicare sconti a determinate categorie tempo per tempo individuate.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

I premi dovuti sono soggetti ad adeguamento annuale in base al crescere dell'età di ciascun Assicurato.

Si rinvia all'Art. 1.3 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

9. Diritto di recesso

Avvertenza: Alla scadenza di ciascun anno, il Contraente o la Società hanno la facoltà di esercitare la disdetta. La disdetta esercitata dal Contraente dovrà essere inviata mediante lettera raccomandata e spedita almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale. La disdetta comporta la cessazione delle garanzie assicurative alla prima ricorrenza annuale successiva.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 1.4 delle Condizioni di Assicurazione.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in **due anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fondano (Art. 2952 del Codice Civile).

Per la denuncia dei sinistri sono previsti i termini indicati agli Artt. 12.1, 12.2., 12.3 e 12.4 delle Condizioni di Assicurazione.

11. Legge applicabile al contratto

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

12. Regime fiscale

I premi per le garanzie Interventi chirurgici, Parto, Diaria sostitutiva SSN e, qualora rese operanti, Alta Diagnostica e Check-up sono soggetti all'imposta del 2,5%; i premi riferiti alle prestazioni di Assistenza sono soggetti all'imposta del 10%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza:

Per momento di insorgenza del sinistro si intende:

- la data dell'intervento chirurgico o del Day surgery;
- la data del parto;
- la data in cui vengono effettuati gli esami di Alta Diagnostica o il Check-up;
- la data di attivazione delle prestazioni di Assistenza.

Avvertenza:

Con riferimento all'Art. 1913 del Codice Civile si precisa che il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono dare avviso del sinistro nei termini e secondo le modalità previste dagli Artt. 12.1, 12.2, 12.3 e 12.4 in funzione della modalità liquidativa prescelta e della garanzia attivata.

Avvertenza:

L'Impresa terrà a proprio carico le spese e gli oneri necessari per l'accertamento del danno.

L'Impresa avrà la facoltà di richiedere all'Assicurato di sottoporsi a visita medica e/o a visita medico-legale in tutti quei casi in cui vi sia da valutare l'applicabilità delle garanzie contrattuali al fine di erogare l'eventuale indennizzo.

L'Impresa avrà la facoltà di svolgere l'accertamento della malattia, anche mediante visita medico legale, entro un termine minimo di 5 giorni successivi alla denuncia di sinistro e massimo di 365 giorni dalla guarigione clinica.

Si rinvia all'Art. 12 per gli aspetti di dettaglio delle procedure liquidative ed all'Art. 16 per la procedura di liquidazione a seguito di Collegio Medico.

14. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza:

Premesso che Poste Assicura S.p.A. si avvale per la gestione dei sinistri della Società Assi.Re.Cre. S.r.l., la quale per il tramite di Assirete S.r.l., ha stipulato specifiche convenzioni con Istituti di cura e

medici convenzionati, l'Assicurato può decidere di avvalersi di Istituti di cura pubblici o privati e medici convenzionati seguendo la procedura indicata all'Art. 12.1, 12.2 e 12.3. In questo caso il pagamento delle prestazioni rimborsabili a termini di polizza viene effettuato direttamente dalla Società, restando a carico dell'Assicurato l'eventuale franchigia o lo scoperto. Qualora l'Assicurato scelga di non avvalersi del Network convenzionato, sulle spese sostenute fuori Network sarà applicato uno scoperto così come stabilito all'Art. 4.1 e 7 delle Condizioni di Assicurazione.

La garanzia Check-up può essere utilizzata solo avvalendosi del Network convenzionato così come stabilito all'Art. 12.3 delle Condizioni di Assicurazioni.

L'elenco aggiornato degli Istituti di cura convenzionati con Assirete S.r.l. è disponibile sul sito www.poste-assicura.it.

Contattando telefonicamente la Centrale di Assi. Re.Cre. S.r.l., l'Assicurato potrà ottenere informazioni su tutti i medici convenzionati utilizzabili in ragione della specializzazione e della localizzazione territoriale richiesta.

15. Reclami

Eventuali reclami nei confronti dell'Impresa riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere inoltrati a Poste Assicura S.p.A., a mezzo di apposita comunicazione scritta, indirizzata alla funzione aziendale incaricata dell'esame degli stessi:

Poste Assicura S.p.A.
Ufficio Reclami
Piazzale Konrad Adenauer, 3
00144 Roma
fax 06.5492.4402.

È anche possibile inoltrare un reclamo via e-mail all'indirizzo reclami@poste-assicura.it.

Qualora l'evasione del reclamo richieda la comunicazione di dati personali, l'Impresa - in ossequio anche alle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 196/03 - invierà risposta esclusivamente all'indirizzo dell'Assicurato indicato in polizza.

Qualora l'esponente intenda presentare reclamo direttamente all'ISVAP oppure non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa, all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, tel. 06.42.133.1

In relazione a tutte le controversie che dovessero insorgere, relative o comunque connesse anche indirettamente al presente contratto resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, previo espe-

rimento del tentativo obbligatorio di conciliazione di cui al D.Lgs. 28/2010 (cfr. Art. 1.5 delle Condizioni di Assicurazione). Si potrà reperire ogni ulteriore informazione afferente al menzionato tentativo obbligatorio di conciliazione sul sito Internet dell'Unioncamere, Unione delle Camere di Commercio d'Italia.

16. Arbitrato

Avvertenza: In caso di controversie con l'Impresa, si rinvia all'Art. 1.5 e 1.13 delle Condizioni di Assicurazione.

In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento o sulla misura dell'indennità da corrispondere all'Assicurato, nonché sui criteri di liquidazione contrattualmente stabiliti, le parti potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un Collegio di tre medici, secondo quanto previsto dall'Art. 16 delle Condizioni di Assicurazione. Il luogo di svolgimento dell'Arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'Assicurato.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo obbligatorio di conciliazione di cui al D.Lgs. 28/2010 (cfr. Art. 1.5 delle Condizioni di Assicurazione).

17. Informativa in corso di contratto

L'Impresa comunica all'Assicurato qualsiasi variazione delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo, intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

Per la consultazione degli aggiornamenti dei dati patrimoniali dell'Impresa di cui al punto 2 della presente Nota Informativa nonché per tutti gli altri aggiornamenti non derivanti da innovazione normative si rinvia al sito internet dell'Impresa (www.poste-assicura.it).

Poste Assicura S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.



Claudio Raimondi
Rappresentante Legale della Compagnia
Poste Assicura S.p.A.
in virtù di Procura Speciale

Glossario

Assicurato: la persona il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assistenza: l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro, tramite la Struttura Organizzativa della Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A.

Carenza: il periodo iniziale dalla data di decorrenza della copertura durante il quale le garanzie non sono operanti e pertanto l'eventuale sinistro non è indennizzato da Poste Assicura S.p.A.

Cartella clinica: il documento ufficiale redatto durante il ricovero con pernottamento o il Day surgery o l'intervento ambulatoriale, contenente le generalità dell'Assicurato, la diagnosi, l'anamnesi patologica, prossima e remota, le terapie effettuate, gli interventi chirurgici effettuati, gli esami e il diario clinico, nonché la scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

Contraente: la persona fisica che stipula il contratto di assicurazione e si obbliga a pagare il premio.

Day surgery: la degenza in Istituto di cura senza pernottamento comportante intervento chirurgico documentato da cartella clinica.

Dichiarazione di Buono stato di Salute: il documento contrattuale che contiene le notizie sanitarie dell'Assicurato. Il documento deve essere compilato prima di stipulare il contratto assicurativo e sottoscritto dall'Assicurato stesso (o da chi ne fa le veci).

Domicilio: il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi come risultante da certificato anagrafico.

Europa geografica: Albania, Andorra, Austria, Belgio, Bielorussia, Bosnia-Erzegovina, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Lettonia, Liechtenstein, Lituania, Lussemburgo, F.Y.R.O.M. - Macedonia, Madera, Malta, Marocco, Moldavia, Monaco, Montenegro, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Russia Europea (esclusi i Monti Urali), Serbia, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Tunisia, Turchia, Ucraina, Ungheria.

Familiare: la persona legata da vincolo di parentela con l'Assicurato (coniuge, figli, padre, madre, fratelli, sorelle, nonni, suoceri, generi, nuore, cognati, zii, cugini, nipoti) e le persone con lui stabilmente convi-

venti così come risultante dallo stato di famiglia.

Franchigia: la parte dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato.

Garanzia: la singola tipologia di rischio per cui la Società presta la copertura assicurativa oggetto del presente contratto.

Grande Intervento Chirurgico: l'intervento chirurgico rientrante nell'Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici inserito nel presente Fascicolo Informativo.

Inabilità temporanea: la temporanea incapacità fisica, totale o parziale, di attendere alle proprie occupazioni.

Indennizzo: la somma dovuta da Poste Assicura S.p.A. in caso di sinistro in forza del presente contratto.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico: l'atto medico realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Non sono considerati Interventi chirurgici né le riduzioni incruente di fratture e lussazioni, né gli accertamenti diagnostici o di controllo, anche quando invasivi o comportanti prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e/o per l'introduzione di idoneo strumento all'interno dell'organismo.

Non sono altresì considerati interventi chirurgici i soli trattamenti sanitari a scopo terapeutico, quali cure oncologiche o somministrazione di qualsivoglia medicinale, anche tramite cruentazione dei tessuti.

Istituto di cura: l'ospedale pubblico, l'istituto universitario, la clinica o casa di cura privata regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza o lungo degenza, di soggiorno o di riposo per la cura di anziani o malati cronici, nonché le cliniche della salute e quelle aventi finalità estetiche, dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, e le residenze sanitarie assistenziali.

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute, non dipendente da infortunio, a carattere

evolutivo, che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici. In particolare per **Malattia improvvisa** si intende la malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.

Massimale: la somma fino alla concorrenza della quale la Società presta la garanzia.

Network convenzionato: l'insieme di erogatori di servizi sanitari - costituiti da istituti di cura, centri diagnostici ed équipe mediche e chirurgiche - che alla data del sinistro siano convenzionati con Assirete S.r.l. e che pertanto forniscono all'Assicurato le prestazioni sanitarie con costo sostenuto da Poste Assicura S.p.A., in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.

Paese di origine: ai termini della presente polizza si intende l'Italia.

Piano di copertura: la combinazione di garanzie e limiti di indennizzo prescelta dal Contraente.

Polizza: il documento cartaceo che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio: il corrispettivo annuo dovuto dal Contraente a Poste Assicura S.p.A.

Ricovero: la degenza dell'Assicurato in Istituto di cura, pubblico o privato che comporti almeno un pernottamento.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Scoperto: la quota parte dell'indennizzo, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Società / Impresa: Poste Assicura S.p.A.

Struttura Organizzativa: la struttura organizzativa di Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A. - Via B. Alimena, n. 111- 00173 Roma - costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che in virtù di preesistente convenzione con la Società provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in polizza.

Condizioni di Assicurazione

Art. 1 - Informazioni generali

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile come meglio specificato agli Artt. 1.3, 5 e 6.

Art. 1.2 - Conclusione del contratto - Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio

Il contratto di assicurazione è concluso nel momento in cui il modulo di polizza è debitamente sottoscritto. L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno ed è interamente dovuto dal Contraente, anche se ne sia stato convenuto il frazionamento mensile.

Il pagamento del premio può essere effettuato con le seguenti modalità:

- pagamento del primo premio all'atto dell'emissione:
 - a) addebito automatico su conto BancoPosta, e a tal fine, con la sottoscrizione di separato documento (modulo di autorizzazione all'addebito su C/C), il Contraente rilascia a Poste Italiane S.p.A. autorizzazione irrevocabile all'addebito per l'intera durata contrattuale;
 - b) addebito su Libretto di Risparmio Postale, e a tal fine, con la sottoscrizione di separato documento (modulo di autorizzazione all'addebito su Libretto Postale), il Contraente rilascia a Poste Italiane S.p.A. autorizzazione irrevocabile all'addebito per l'intera durata contrattuale;
 - c) Carta Postamat e contanti qualora l'ammontare del premio annuo non ecceda il limite di Euro 750,00.
- **pagamento annuale:**
 - a) addebito automatico su conto BancoPosta;
 - b) addebito automatico su Libretto di Risparmio Postale;
 - c) Carta Postamat e contanti, qualora l'ammontare del premio annuo non ecceda il limite di Euro 750,00.
- **pagamento mensile:**
 - a) addebito automatico su conto BancoPosta;
 - b) addebito automatico su Libretto di Risparmio Postale.

Laddove non sia possibile proseguire i pagamenti con le modalità prescelte in sede di stipula, il Contraente potrà avvalersi di uno degli ulteriori mezzi di pagamento sopra previsti ovvero di ulteriori modalità di pagamento indicate da Poste Assicura S.p.A. Nel caso in cui il Contraente abbia invece prescelto la modalità di addebito automatico su conto BancoPosta o su Libretto di Risparmio Postale e tale conto/libretto non sia più attivo, i pagamenti saranno dovuti in via anticipata con cadenza annuale e con le modalità specificate da Poste Assicura S.p.A.

Nel caso della modalità di pagamento con addebito su conto BancoPosta o su Libretto di Risparmio Postale, sia con cadenza annuale sia con cadenza mensile, il modulo di autorizzazione all'addebito prevede che vengano effettuati esclusivamente tre tentativi di prelievo e cioè:

- 1) al giorno di scadenza;
- 2) il 14° giorno successivo la scadenza;
- 3) il 28° giorno successivo la scadenza.

Il Contraente prende pertanto atto e riconosce, nei confronti di Poste Assicura S.p.A., che in caso di assenza di fondi disponibili sufficienti alle tre date sopra indicate, il pagamento del premio o della rata di premio non potrà andare a buon fine.

In ciascuno dei casi sopra indicati, alle ore 24:00 del trentesimo giorno successivo la scadenza della rata risultante insoluta, le garanzie assicurative oggetto del presente contratto verranno automaticamente sospese ed il pagamento a saldo delle rate non corrisposte, utile per la riattivazione della copertura assicurativa, potrà avvenire presso l'Ufficio Postale, prima che si sia verificata la risoluzione di diritto del contratto come di seguito specificata. La copertura assicurativa così riattivata avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento; in tal caso rimangono ferme le successive scadenze di pagamento.

In caso di mancato pagamento del premio o della rata di premio nei termini sopra indicati, il contratto di assicurazione si risolve di diritto se Poste Assicura S.p.A. non agisce per la riscossione nel termine di sei mesi, fermo il diritto al premio di assicurazione in corso e al rimborso delle spese.

Art. 1.3 - Determinazione e adeguamento del premio annuo

I premi annui, comprensivi di imposte, sono quelli riportati in polizza.

Il premio annuale è determinato al momento della stipulazione del contratto unicamente in base:

- a) al numero degli Assicurati;
- b) alla provincia di residenza di ciascun Assicurato;
- c) all'età di ciascun Assicurato;

- d) al piano di copertura prescelto, con efficacia nei confronti di tutti gli Assicurati;
- e) all'attivazione dell'Opzione Franchigia, con efficacia nei confronti di tutti gli Assicurati;
- f) all'attivazione delle garanzie Alta Diagnostica e Check-up, con efficacia nei confronti di tutti gli Assicurati.

Il premio annuale della garanzia di base, ad esclusione di quello per le prestazioni di Assistenza, viene adeguato ad ogni ricorrenza annuale in base al crescere dell'età di ciascun Assicurato secondo i coefficienti di seguito riportati.

Se sono operanti le garanzie Alta Diagnostica e Check-up, il premio di tale garanzia viene anch'esso

adeguato ad ogni ricorrenza annuale in base al crescere dell'età di ciascun Assicurato secondo i coefficienti di seguito riportati.

Il premio previsto per soggetti di età minori di 11 anni è fisso e non prevede adeguamenti.

Si precisa che il premio dei soggetti che compiono 11 anni di età in corso di contratto verrà adeguato, alla prima scadenza annua successiva al compimento degli 11 anni, alla tariffa prevista per gli Assicurati di tale età, tenuto anche conto degli elementi di determinazione del premio previsti dal presente articolo. Resta ferma la facoltà di disdetta di cui all'Art. 1.4.

Età dell'Assicurato	Percentuale aumento premio anno su anno Garanzie base	Percentuale aumento premio anno su anno Alta diagnostica e Check-up
12 anni	1,99%	1,00%
13 anni	1,99%	0,99%
14 anni	1,99%	1,00%
15 anni	2,00%	1,00%
16 anni	2,00%	1,00%
17 anni	2,00%	0,99%
18 anni	2,00%	1,00%
19 anni	1,99%	1,00%
20 anni	2,01%	1,00%
21 anni	2,01%	1,01%
22 anni	2,00%	1,00%
23 anni	2,00%	1,00%
24 anni	2,01%	1,00%
25 anni	2,00%	1,00%
26 anni	1,99%	1,00%
27 anni	2,00%	0,99%
28 anni	2,00%	1,00%
29 anni	2,00%	1,00%
30 anni	2,01%	1,00%
31 anni	3,00%	1,00%
32 anni	2,99%	1,00%
33 anni	3,00%	1,00%
34 anni	3,00%	1,01%
35 anni	3,00%	1,00%
36 anni	3,00%	1,00%
37 anni	3,00%	1,00%
38 anni	3,00%	1,00%
39 anni	3,00%	1,00%
40 anni	3,01%	1,00%

segue tabella

Età dell'Assicurato	Percentuale aumento premio anno su anno Garanzie base	Percentuale aumento premio anno su anno Alta diagnostica e Check-up
41 anni	3,01%	1,00%
42 anni	3,00%	1,00%
43 anni	3,00%	1,00%
44 anni	3,60%	1,00%
45 anni	3,70%	1,00%
46 anni	3,60%	1,00%
47 anni	3,60%	1,00%
48 anni	3,60%	1,00%
49 anni	3,60%	1,00%
50 anni	3,60%	1,00%
51 anni	3,60%	1,50%
52 anni	3,60%	1,50%
53 anni	3,60%	1,50%
54 anni	3,60%	1,50%
55 anni	4,00%	1,50%
56 anni	4,00%	1,50%
57 anni	4,00%	1,50%
58 anni	4,00%	1,50%
59 anni	4,00%	1,50%
60 anni	4,00%	1,50%
61 anni	4,00%	1,50%
62 anni	4,00%	1,50%
63 anni	4,00%	1,50%
64 anni	4,00%	1,50%
65 anni	4,00%	2,00%
66 anni	4,00%	2,00%
67 anni	4,00%	2,00%
68 anni	4,00%	2,00%
69 anni	4,00%	2,00%
70 anni	4,00%	2,00%
71 anni	4,00%	2,00%
72 anni	4,00%	2,00%
73 anni	4,00%	2,00%
74 anni	4,00%	2,00%

Il Contraente è tenuto ad informarsi sull'età degli Assicurati diversi dal Contraente ed a verificare l'esattezza dei dati anagrafici indicati in polizza, in considerazione dell'incidenza di tale fattore sui premi annui dovuti a Poste Assicura S.p.A.

1.3.1 - Revisione del premio

Qualora si verificassero significative ed obiettive variazioni nel Servizio Sanitario Nazionale (per tali intendendosi a titolo esemplificativo, ma non

esaustivo: non obbligatorietà dello stesso, riduzione delle prestazioni per ricoveri, interventi chirurgici, visite o esami dallo stesso fornite, introduzione di ticket superiori a Euro 250,00 per ricoveri e/o Interventi chirurgici, aumenti dell'importo medio dei ticket oltre il 50% rispetto a quelli previsti al momento della stipula del contratto), la Società si riserva la facoltà di variare il premio in corso. Il nuovo premio sarà comunicato al Contraente con un preavviso di almeno 90 giorni rispetto alla

prima scadenza annua del periodo assicurativo in cui sono intervenute tali variazioni.

Qualora non accetti il nuovo premio proposto, il Contraente ha diritto di recedere dal contratto inviando lettera raccomandata A/R entro la predetta scadenza annua.

Il recesso avrà effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Art. 1.4 - Durata e proroga dell'assicurazione

L'assicurazione ha durata annuale.

In assenza di disdetta inviata dal Contraente o dalla Società, il contratto si rinnova tacitamente e l'assicurazione è prorogata per la durata di un anno e così successivamente, con il massimo di quattro rinnovi consecutivi e salvo quanto previsto al successivo Art. 5.

Alla scadenza del quinto anno il contratto cessa senza obbligo di disdetta; qualora il Contraente intenda proseguire la copertura, sarà necessario recarsi all'Ufficio Postale per sottoscrivere una nuova polizza come meglio specificato all'Art. 11.

La disdetta esercitata dal Contraente dovrà essere inviata mediante lettera raccomandata e spedita almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale a:

Poste Assicura S.p.A.
Ufficio Portafoglio
Piazzale Konrad Adenauer 3
00144 - Roma

In caso di disdetta regolarmente inviata dal Contraente o dalla Società, le garanzie assicurative relative al presente contratto cesseranno alla prima ricorrenza annuale successiva.

Qualora il contratto o la legge facciano riferimento al periodo di assicurazione, questo si deve intendere della durata di un anno.

Art. 1.5 - Foro competente e procedura di mediazione

Per le controversie relative al presente contratto è competente l'Autorità Giudiziaria del comune di residenza o domicilio dell'Assicurato o degli aventi diritto previo esperimento del tentativo obbligatorio di conciliazione di cui al D.Lgs. 28/2010.

Pertanto ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 28/2010, tutte le controversie che dovessero insorgere, relative o comunque connesse anche indirettamente al presente contratto, saranno trattate, ai fini del suddetto esperimento, avanti agli Organismi di Conciliazione costituiti presso le Camere di Commercio territorialmente competenti (ed iscritte al Registro di cui al medesimo Decreto) conformemente alla procedura di mediazione prevista dalla legge ed alle disposizioni delle Camere di Commercio di riferimento. Le parti espressamente dichiarano di conoscere ed accettare integralmente la normativa e gli effetti di cui al D.Lgs. 28/2010 e la presente clausola.

Si applicheranno, in ogni caso, il Regolamento, la

modulistica, e la tabella delle indennità vigenti al momento dell'attivazione della procedura.

Si potrà reperire ogni ulteriore informazione afferente al menzionato tentativo obbligatorio di conciliazione sul sito Internet della Unioncamere, Unione delle Camere di Commercio d'Italia.

Art. 1.6 - Modifiche del contratto di assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 1.7 - Aggravamento del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta a Poste Assicura S.p.A. di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o che, se conosciuti, non sarebbero stati accettati da Poste Assicura S.p.A. in quanto riconducibili ad uno stato di non assicurabilità della persona, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile come specificato all'Art. 6.

Art. 1.8 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 1.9 - Estensione territoriale

La polizza copre i sinistri verificatisi nel mondo intero. Per l'operatività delle garanzie all'estero è necessario che la prestazione effettuata sia conseguenza di infortunio, malattia improvvisa oppure di parto accaduti/manifestatisi mentre l'Assicurato si trovava all'estero, sempreché l'evento sia indennizzabile ai sensi di polizza.

Art. 1.10 - Legge applicabile e rinvio

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana, da ritenersi applicabile anche per tutto quanto non è qui diversamente stabilito.

Art. 1.11 - Prescrizione

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fondano (Art. 2952 del Codice Civile).

Art. 1.12 - Rinuncia al diritto di rivalsa

Poste Assicura S.p.A. rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa previsto dall'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili del sinistro.

Art. 1.13 - Reclami

Eventuali reclami nei confronti dell'Impresa e riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere inoltrati a Poste Assicura S.p.A., a mezzo di apposita comunicazione scritta, indirizzata alla funzione aziendale incaricata dell'esame degli stessi:

Poste Assicura S.p.A.
Ufficio Reclami
Piazzale Konrad Adenauer, 3
00144 Roma
fax 06.5492.4402.

È anche possibile inoltrare un reclamo via e-mail all'indirizzo reclami@poste-assicura.it.

Qualora l'evasione del reclamo richieda la comunicazione di dati personali, l'Impresa - in ossequio anche alle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 196/03 - invierà risposta esclusivamente all'indirizzo dell'Assicurato indicato in polizza.

Qualora l'esponente intenda inoltrare un reclamo direttamente all'ISVAP, per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione, nonché delle disposizioni della Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IVbis del decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206 relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore, da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi, oppure non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa, all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, tel. 06.42.133.1

In relazione a tutte le controversie che dovessero insorgere, relative o comunque connesse anche indirettamente al presente contratto resta in ogni caso salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo obbligatorio di conciliazione di cui al D.Lgs. 28/2010 (cfr. Art. 1.5 delle Condizioni di Assicurazione).

Piani di copertura

Art. 2 - Piani di copertura

Art. 2.1 - Massimali

	Piano A	Piano B
Massimali (per persona e anno assicurativo)	Euro 1.000.000,00	Euro 150.000,00

Art. 2.2 - Operatività della copertura

	Limiti di indennizzo	Scoperto
Interventi chirurgici:		
A) Interventi nel Network convenzionato	Per gli interventi chirurgici di cui all'Art. 7.2 sottolimiti di Euro 5.000,00 per sinistro ed Euro 10.000,00 per anno assicurativo	nessuno
B) Interventi in Istituti di cura convenzionati con équipe medica non convenzionata	Sottolimiti, per le spese dell'équipe medica, di: <ul style="list-style-type: none"> Euro 50.000,00 in caso di Grande Intervento Chirurgico Euro 10.000,00 per ogni altro intervento Per gli interventi chirurgici di cui all'Art. 7.2 sottolimiti complessivi di Euro 5.000,00 per sinistro ed Euro 10.000,00 per anno	Sulle spese dell'équipe medica: scoperto del 20% con il minimo di Euro 200,00 e il massimo di Euro 5.000,00.
C) Interventi fuori dal Network convenzionato	Sottolimiti di: <ul style="list-style-type: none"> Euro 100.000,00 in caso di Grande Intervento Chirurgico Euro 35.000,00 per ogni altro intervento Per gli interventi chirurgici di cui all'Art. 7.2 sottolimiti complessivi di Euro 5.000,00 per sinistro ed Euro 10.000,00 per anno	Scoperto del 20% con il minimo di Euro 200,00 e il massimo di Euro 5.000,00.
Parto	<ul style="list-style-type: none"> Parto naturale: Euro 2.000,00 Parto cesareo: Euro 6.000,00 (a consumo del massimale dell'Intervento chirurgico) 	Sulle spese sostenute fuori Network: scoperto del 20% con il minimo di Euro 200,00 e il massimo di Euro 5.000,00.
Diaria sostitutiva SSN	<ul style="list-style-type: none"> Ricovero: Euro 200,00 al giorno per un massimo di 100 giorni per sinistro ed anno assicurativo Day surgery: Euro 75,00 al giorno con il massimo di Euro 750,00 per anno assicurativo 	nessuno
Assistenza	Secondo i limiti specificati all'Art. 3.4	nessuno

Art. 2.3 - Garanzie/Opzioni facoltative (operanti se richiamate in polizza)

	Limiti / Operatività	Scoperto / Franchigia
Alta Diagnostica	Euro 2.000,00 per persona ed anno assicurativo	Scoperto 20% con il minimo di Euro 50,00 (ridotto a 25,00 se effettuata in Network convenzionato)
Check-up (in abbinamento all'Alta Diagnostica)	Secondo quanto stabilito dall'Art. 4.2	nessuno
Opzione Franchigia per gli Interventi	Secondo quanto stabilito dall'Art. 4.3	Euro 2.000,00 per sinistro

Condizioni particolari di Assicurazione

Art. 3 - Oggetto dell'assicurazione

Art. 3.1 - Interventi chirurgici

Poste Assicura S.p.A. garantisce all'Assicurato il pagamento delle spese mediche relative ad Interventi chirurgici sostenuti in Istituti di cura pubblici o privati a seguito di Infortunio o Malattia.

Sono compresi gli Interventi chirurgici senza pernottamento (Day Surgery).

In caso di Intervento chirurgico, Poste Assicura S.p.A. garantisce il pagamento, secondo le modalità e con i limiti previsti, per le spese sostenute:

I. Nei 60 giorni che precedono l'Intervento:

1. visite mediche specialistiche;
2. esami ed accertamenti diagnostici;
3. terapie oncologiche pre-intervento;
4. trasporto all'Istituto di cura con mezzo sanitariamente attrezzato.

Tali prestazioni possono essere effettuate anche al di fuori dell'Istituto di cura ove si esegue l'intervento. Il rimborso delle stesse potrà essere effettuato purché le spese sostenute siano inerenti all'infortunio o alla malattia che ha reso necessario l'intervento stesso.

Si precisa che il trasporto sanitario di cui al p.to 4 è compreso in garanzia solo quando effettuato all'interno del territorio nazionale ed entro il limite di Euro 1.000,00 per persona e per anno assicurativo. Per i casi di rimpatrio sanitario dall'estero, l'Assicurato potrà attivare la relativa prestazione di Assistenza come specificato agli Artt. 3.4 e 12.4.

II. Durante il ricovero per Intervento:

1. onorari dei medici e dell'équipe chirurgica, diritti di sala operatoria e materiali di intervento (ivi comprese le protesi applicate durante l'intervento stesso);
2. rette di degenza;
3. rette per vitto e pernottamento nell'Istituto di cura di un accompagnatore, con un massimo di 15 giorni. Nel caso in cui l'intervento riguardi un Assicurato di età inferiore agli 11 anni al momento dell'intervento, il limite di 15 giorni non è operante;
4. esami ed accertamenti diagnostici, cure anche oncologiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, assistenza medica;
5. eventuale trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;
6. in caso di trapianto d'organi o parte di essi sull'Assicurato sono comprese anche:

- le spese relative al prelievo sul donatore comprese quelle per il trasporto dell'organo;
- nel caso di donazione da vivente le spese effettuate durante il ricovero del donatore.

Si precisa che il trasporto sanitario di cui al p.to 5 è compreso in garanzia solo quando effettuato all'interno del territorio nazionale ed entro il limite di Euro 1.000,00 per persona e per anno assicurativo. Per i casi di trasferimenti sanitari dall'estero, l'Assicurato potrà attivare la relativa prestazione di Assistenza come specificato agli Artt. 3.4 e 12.4.

III. Nei 90 giorni successivi all'Intervento:

1. visite mediche specialistiche;
2. esami ed accertamenti diagnostici;
3. prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche;
4. trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi;
5. trattamenti specialistici e terapie oncologiche;
6. cure termali escluse le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio;
7. acquisto di farmaci entro il limite di Euro 1.000,00;
8. eventuale rientro al domicilio con mezzo sanitariamente attrezzato al momento della dimissione;
9. acquisto o noleggio di:
 - apparecchi ortopedici (stampelle, carrozzine, corsetti e tutori);
 - apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, esclusi occhiali e lenti);
 - apparecchi fisioterapici purché prescritti da medico specialista;

Tali prestazioni operano purché utilizzate/effettuate nei 90 giorni successivi all'intervento e sempreché inequivocabilmente inerenti all'infortunio o alla malattia che ha determinato l'intervento stesso.

Si precisa che il trasporto sanitario di cui al p.to 8 è compreso in garanzia solo quando effettuato all'interno del territorio nazionale ed entro il limite di Euro 1.000,00 per persona e per anno assicurativo. Per i casi di trasferimenti sanitari dall'estero, l'Assicurato potrà attivare la relativa prestazione di Assistenza come specificato agli Artt. 3.4 e 12.4 delle Condizioni di Assicurazione.

Nelle spese di cui sopra è compreso il rimborso degli eventuali tickets sanitari.

Terapie oncologiche: si precisa che le terapie oncologiche effettuate nei 60 giorni prima e/o nei 90 giorni dopo l'Intervento chirurgico sono coperte entro il limite complessivo di Euro 10.000,00 per persona ed anno assicurativo.

Art. 3.2 - Parto

Poste Assicura S.p.A. garantisce altresì il pagamento delle spese relative al parto naturale o cesareo, sostenuto in Istituto di cura pubblico o privato.

Le spese sostenute, purché rientranti nelle voci I., II. o III. dell'Art. 3.1, sono coperte per il parto naturale entro il limite di Euro 2.000,00 e per il parto cesareo entro il limite di Euro 6.000,00. Nel caso di parto cesareo l'eventuale indennizzo andrà a ridurre il massimale stabilito per gli Interventi chirurgici.

Resta fermo il periodo di carenza di 300 giorni di cui all'Art. 8.

Art. 3.3 - Diaria sostitutiva Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

Nel caso in cui l'Assicurato effettui l'Intervento chirurgico o il Parto, sempreché indennizzabili ai sensi di polizza, con costi totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), considerandosi tale anche il caso in cui l'Assicurato sia soggetto al pagamento di eventuali tickets inerenti il ricovero, Poste Assicura S.p.A., in alternativa al pagamento delle spese di cui all'Art. 3.1 e Art. 3.2, erogherà una diaria sostitutiva per ogni giorno di ricovero.

Nel caso in cui il ricovero comporti pernottamento l'ammontare della diaria è pari ad Euro 200,00 per un massimo di 100 giorni totali per sinistro e anno assicurativo; nel caso in cui l'intervento sia effettuato in regime ambulatoriale (Day surgery) l'ammontare della diaria è pari a Euro 75,00 con il massimo di Euro 750,00 annui nel caso di più interventi nello stesso anno assicurativo.

In ogni caso il giorno di ricovero e quello di dimissione sono considerati agli effetti della liquidazione come giorno unico.

La diaria non viene corrisposta per i giorni di ricovero presso strutture sanitarie rientranti nella tipologia di cui al punto 16 dell'Art. 9 (Esclusioni).

In caso di Parto si farà riferimento al ricovero della sola puerpera, indipendentemente dal ricovero di uno o più neonati.

Le spese pre e post intervento sostenute al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale e rientranti nelle specificità di cui ai punti I o III dell'Art. 3.1, nonché l'eventuale ticket corrisposto dall'Assicurato sono rimborsati nei limiti di cui all'Art. 7 e secondo le modalità di cui all'Art. 12.1.2. In caso di Parto, naturale o cesareo, il limite fissato all'Art. 3.2 si intende comprensivo anche della diaria eventualmente corrisposta ai sensi del presente articolo.

Nel caso di costi parzialmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), l'Assicurato potrà scegliere se usufruire della diaria sostitutiva sopra descritta oppure se chiedere a Poste Assicura S.p.A. il rimborso delle spese effettivamente sostenute e rimaste a suo carico, sempreché dovute ai sensi di polizza, nei limiti di quanto previsto dall'Art. 7 e con la modalità di cui all'Art. 12.1.3.

Art. 3.4 - Prestazioni di Assistenza

Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, le garanzie operano:

- mediante contatto telefonico con la Struttura Organizzativa 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno;
- a seguito del verificarsi di un sinistro causato da infortunio o malattia;
- con costi a carico della Società entro il limite di 3 (tre) sinistri per Assicurato ove non diversamente specificato, durante ciascun anno di validità della copertura;
- senza limite di numero di prestazioni nell'ambito del medesimo sinistro;
- entro il limite del massimale previsto per ciascun tipo di prestazione.

Per le prestazioni di consulenza o le informazioni, qualora non fosse possibile prestare una pronta risposta, l'Assicurato sarà richiamato entro le successive 48 (quarantotto) ore.

3.4.1 - Consulto medico telefonico

La Struttura Organizzativa, attiva 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa. Il servizio medico della Struttura Organizzativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

- 1) consigli medici di carattere generale;
- 2) informazioni riguardanti:
 - reperimento dei mezzi di soccorso;
 - reperimento di medici generici e specialisti;
 - localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
 - modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
 - esistenza e reperibilità di farmaci.

La Struttura Organizzativa non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

In deroga a quanto previsto, la prestazione può essere richiesta dall'Assicurato senza limitazioni di volte.

Gli operatori della Struttura Organizzativa sono a disposizione dell'Assicurato per fornire supporto in lingua italiana, inglese e francese.

3.4.2 - Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della Struttura Organizzativa giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa invierà un medico generico convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico

della Società.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'Assicurato presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio e senza costi a suo carico.

Resta inteso che in caso di emergenza la Struttura Organizzativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

3.4.3 - Second Opinion

La Struttura Organizzativa fornirà all'Assicurato, che sia affetto da gravi patologie o che necessiti di interventi chirurgici di particolare complessità, la possibilità di ottenere un "parere medico complementare" da parte di uno specialista di riconosciuta fama ed esperienza e di ricevere eventuali indicazioni diagnostiche o terapeutiche suppletive relativamente alle seguenti patologie:

- oncologiche;
- cerebrovascolari;
- neurologiche degenerative, tra le quali sclerosi multipla;
- del cuore e dei grandi vasi.

Il parere medico complementare, inviato entro 10 (dieci) giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione clinica completa, conterrà:

- l'opinione dello specialista;
- eventuali suggerimenti sulla terapia e raccomandazioni per controlli aggiuntivi;
- risposte a possibili quesiti.

La prestazione ha finalità esclusivamente informative e di consulenza diagnostico-terapeutica all'Assicurato, e non intende modificare l'orientamento diagnostico del medico curante.

La Second Opinion non è ripetibile e non potrà pertanto essere richiesta per patologie per le quali sia già stata effettuata una volta.

Le seguenti prestazioni sono valide in Italia:

3.4.4 - Reperimento e consegna farmaci

Qualora l'Assicurato, nei 15 (quindici) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, versi in condizioni di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, potrà chiedere alla Struttura Organizzativa di effettuare la consegna di medicinali, presenti nel prontuario farmaceutico, presso il proprio domicilio. La Struttura Organizzativa provvederà, rispettando le norme che regolano l'acquisto ed il trasporto dei medicinali, ad inviare un suo corrispondente che possa ritirare presso il domicilio dell'Assicurato il denaro, la prescrizione e l'eventuale delega necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti entro le 24 (ventiquattro) ore successive.

La prestazione è fornita con un preavviso di al-

meno 48 (quarantotto) ore.

Il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato. Qualora tale costo rientri nelle spese indennizzabili ai sensi dell'Art. 3.III.7, l'Assicurato potrà chiederne il rimborso come previsto dall'Art. 12.1.2.

3.4.5 - Assistenza infermieristica/socio-assistenziale

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 15 (quindici) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, sulla base di certificazione medica, di essere assistito presso il proprio domicilio da personale specializzato (infermieristico o socio-assistenziale), potrà richiedere alla Struttura Organizzativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 5 (cinque) giorni per sinistro e 2 (due) ore per giorno.

3.4.6 - Invio fisioterapista

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 15 (quindici) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, di essere assistito presso il proprio domicilio da un fisioterapista, sulla base del protocollo definito dal medico curante, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 5 (cinque) giorni per sinistro e 2 (due) ore per giorno.

3.4.7 - Invio collaboratrice domestica

Qualora l'Assicurato versi in condizione di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, nei 15 (quindici) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di reperire ed inviare presso il proprio domicilio una collaboratrice per il disbrigo delle faccende domestiche.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione entro il limite di Euro 30,00 per giorno fino ad un massimo di 5 (cinque) giorni consecutivi per sinistro.

Le seguenti prestazioni sono valide all'estero:

3.4.8 - Invio medicinali urgenti

Qualora l'Assicurato necessiti, a seguito di infortunio o malattia, di medicinali regolarmente registrati in Italia, ma non reperibili sul luogo né sostituibili con medicinali locali ritenuti equivalenti dal servizio medico della Struttura Organizzativa, la stessa provvederà al loro invio con il mezzo più rapido nel rispetto delle norme e delle tempistiche che regolano il trasporto dei medicinali.

Tale prestazione è assoggettata alle vigenti norme italiane e del paese in cui si trova l'Assicurato. La Struttura Organizzativa invierà un suo corrispondente per il ritiro dei medicinali da inviare, provvedendo poi alla spedizione nel minor tempo possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

Il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato. Qualora tale costo rientri nelle spese indennizzabili ai sensi dell'Art. 3.III.7, l'Assicurato potrà chiederne il rimborso come previsto dall'Art. 12.1.2.

3.4.9 - Trasferimento/Rimpatrio sanitario

Qualora il servizio medico della Struttura Organizzativa consigli, a seguito di infortunio o malattia improvvisa dell'Assicurato, il trasporto sanitario dello stesso, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante sul posto, la Struttura Organizzativa provvederà:

- al trasferimento sanitario presso una struttura medica adeguata più vicina;
- al rimpatrio sanitario nel paese di origine se le sue condizioni lo permettono e lo richiedono;
- alla necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Il trasporto sanitario sarà effettuato con i mezzi ritenuti più idonei ad insindacabile giudizio della Struttura Organizzativa:

- aereo sanitario (entro il limite di Euro 30.000,00 per sinistro avvenuto in Europa geografica o Paesi del Bacino del Mediterraneo; entro il limite di Euro 80.000,00 per sinistro avvenuto nelle restanti aree geografiche);
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno prima classe e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio;
- altro mezzo di trasporto.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che, a giudizio del servizio medico della Struttura Organizzativa, possono essere curate sul posto;
- le infermità o lesioni che non precludano all'Assicurato la continuazione del viaggio o del soggiorno;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;

- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
 - tutte le spese diverse da quelle indicate;
 - tutte le spese sostenute per malattie preesistenti.
- La Società avrà la facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro dell'Assicurato.

3.4.10 - Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato

Qualora l'Assicurato venga ricoverato all'estero per infortunio o malattia improvvisa e i familiari al suo seguito vogliano rimanergli accanto, la Struttura Organizzativa provvederà alle spese per il loro pernottamento in albergo entro il limite di Euro 80,00 per notte e per persona ed Euro 500,00 per sinistro, purché il prolungamento riguardi un periodo successivo alla data di rientro inizialmente prevista. A tal fine la Struttura Organizzativa avrà la facoltà di richiedere documentazione attestante la durata del soggiorno inizialmente stabilita.

La prestazione si intende limitata alle sole spese di pernottamento e prima colazione, escludendo ogni spesa diversa da queste.

3.4.11 - Interprete a disposizione

Qualora l'Assicurato venga ricoverato in un istituto di cura all'estero a seguito di infortunio o malattia improvvisa e abbia difficoltà linguistiche a comunicare con i medici, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete sul posto entro le successive 48 (quarantotto) ore.

La Società terrà a carico i costi dell'interprete per un massimo di 4 (quattro) ore lavorative per sinistro.

Qualora non sia possibile organizzare l'invio dell'interprete, la Struttura Organizzativa rimborserà, a seguito di presentazione dei relativi giustificativi di spesa, i costi sostenuti entro il limite di Euro 500,00 per sinistro e per anno assicurativo.

3.4.12 - Collegamento telefonico con la struttura sanitaria

Qualora l'Assicurato sia ricoverato a seguito di infortunio o malattia improvvisa, la Struttura Organizzativa potrà tenere informati i familiari nel paese d'origine sulle condizioni di salute dell'Assicurato nelle prime 72 (settantadue) ore successive al ricovero, mediante collegamento telefonico tra il proprio servizio medico e il medico curante sul luogo del ricovero.

Le notizie cliniche saranno comunicate telefonicamente previa richiesta da parte dell'Assicurato o di persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, e previa indicazione del destinatario del messaggio e relativo recapito telefonico dello

stesso.

Le notizie cliniche sul paziente dovranno essere autorizzate dal paziente stesso alla Società, tramite apposito modulo denominato R.o.I (Release of Information).

3.4.13 - Viaggio di un familiare in caso di ricovero

Qualora l'Assicurato, in viaggio da solo o con minore, venga ricoverato per infortunio o malattia improvvisa, la Struttura Organizzativa fornirà un biglietto di andata e ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere ad un familiare residente nel paese di origine di raggiungere l'Assicurato ricoverato.

Sono escluse dalla prestazione le spese di soggiorno del familiare. La prestazione non è fornita qualora l'Assicurato abbia già richiesto il "Rientro/Assistenza" dei figli minori privi di tutela.

3.4.14 - Rientro/Assistenza dei figli minori privi di tutela

Qualora l'Assicurato, in viaggio con figli minorenni, sia impossibilitato a prendersi cura degli stessi a seguito di ricovero o decesso e non vi sia nessun altro in grado di farlo, la Struttura Organizzativa fornirà ad un familiare, residente nel paese di origine, un biglietto di andata e ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere allo stesso di raggiungere i minori e riportarli al paese di origine.

Sono escluse le spese di soggiorno del familiare e tutte le spese diverse dai biglietti di viaggio.

La prestazione non è fornita qualora l'Assicurato abbia già richiesto il "Viaggio di un familiare in caso di ricovero".

3.4.15 - Rimpatrio salma

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, la Struttura Organizzativa pianificherà il trasporto della salma fino al luogo di inumazione nel paese di origine.

Il trasporto sarà eseguito secondo le norme internazionali in materia e dopo aver adempiute tutte le formalità sul luogo del decesso.

La Società terrà a proprio carico i costi entro il limite di euro 5.000,00 per Assicurato.

Nel massimale sopra indicato sono comprese le spese per l'acquisto della bara.

Qualora le leggi del luogo impediscano il trasporto della salma o l'Assicurato abbia espresso il desiderio di essere inumato in quel paese, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un familiare un biglietto di andata/ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per presenziare alle esequie.

Sono escluse dalla prestazione le spese relative a:

- la cerimonia funebre e l'inumazione;
- l'eventuale recupero della salma;
- il soggiorno del familiare.

Art. 4 - Garanzie/Opzioni facoltative

Art. 4.1 - Alta Diagnostica (operante se richiamata in polizza)

Poste Assicura S.p.A. copre, fino alla concorrenza del massimale di Euro 2.000,00 per anno assicurativo e per Assicurato, le spese di Alta Diagnostica rese necessarie da Malattia o Infortunio, anche in assenza di Intervento chirurgico, di seguito espressamente elencate:

- Ecotomografia vascolare (Doppler - Eco Color Doppler);
- Risonanza Magnetica Nucleare (R.M.N.);
- Scintigrafia;
- Tomografia Assiale Computerizzata (T.A.C.) con e senza contrasto;
- P.E.T.;
- Ecocardiografia;
- Ecocardi Doppler;
- Elettrocardiogramma dinamico (Holter);
- Mineralogia Ossea Computerizzata (M.O.C.);
- Test Ergometrico;
- EEG Mapping;
- Rettoscopia, Esofago gastroduodenoscopia, Pancolonscopia (anche se accompagnate da prelievo biptico);
- Monitoraggio pressione arteriosa 24 ore;
- Ecocardiogramma mono/bidimensionale più color doppler;
- Fluoroangiografia oculare;
- Elettromiografia (EMG);
- Broncoscopia;
- Cistoscopia;
- Isteroscopia;
- Colposcopia;
- Studio urodinamico.

Il rimborso di quanto previsto al presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza dell'80% delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente 20% con il minimo di Euro 50,00 a carico dell'Assicurato per ogni serie di accertamenti o prestazioni previste da una medesima prescrizione medica o per il medesimo infortunio o malattia.

Qualora l'Assicurato si rivolga, seguendo la procedura di pagamento diretto di cui all'Art. 12.2 A., ad un istituto di cura o centro diagnostico convenzionato, fermo lo scoperto del 20%, il minimo a carico dell'Assicurato è ridotto a Euro 25,00.

Qualora l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, i ticket corrispondenti alle spese di cui sopra saranno rimborsati senza applicazione dello scoperto.

Si precisa che la garanzia Alta Diagnostica opera anche in caso di prestazioni effettuate all'estero, sem-

preché l'infortunio sia accaduto o la malattia improvvisa si sia manifestata mentre l'Assicurato si trovava all'estero.

Art. 4.2 - Check-up (operante se attivata la garanzia Alta Diagnostica)

Gli Assicurati maggiori di 10 anni al momento della decorrenza della polizza che non abbiano avuto sinistri per due annualità consecutive potranno effettuare un check-up di prevenzione presso il Network convenzionato italiano con costi totalmente a carico di Poste Assicura S.p.A.

Il check-up comprende una serie di esami sempre operanti ed offre la possibilità di selezionare un unico/unica ulteriore esame o visita a scelta dell'Assicurato tra quelli di seguito riportati.

Esami sempre compresi:

- Emocromo completo
- Azotemia
- Cloremia, Sodiemia, Potassiemia
- Colesterolo totale (LDL e HDL)
- Creatininemia
- Glicemia
- PCR
- Transaminasi
- Trigliceridi
- Uricemia
- Esami urine completo

Visite / esami tra cui l'Assicurato può selezionare una visita o un esame a scelta:

- Visita cardiologica
- E.C.G. (Elettrocardiogramma)
- PSA
- Ecografia addominale inferiore
- Visita ginecologica
- Mammografia
- Pap test
- T3 - T4 - TSH

L'esito degli esami è strettamente personale e verrà consegnato in unica copia esclusivamente all'Assicurato.

Ogni Assicurato potrà usufruire del check-up nei primi 6 mesi della terza annualità di polizza qualora non siano stati denunciati sinistri nei primi due anni di copertura. Successivamente, trascorsi altri due anni di copertura senza sinistri, il check-up potrà essere ripetuto nei primi 6 mesi della quinta annualità, sempreché la polizza sia regolarmente in vigore al momento della sua effettuazione.

La periodicità sopra indicata resta ferma per ogni testa con riferimento alla data di prima decorrenza di tale garanzia per la specifica testa assicurata.

Con riferimento all'Art. 1.4 e all'Art. 10, il Contraente/Assicurato prende atto che, data la tempistica biennale del Check-up e il requisito della validità di poliz-

za al momento della sua effettuazione, si potrebbero verificare dei casi in cui tale prestazione non risulti utilizzabile per una o più teste.

Art. 4.3 - Opzione Franchigia (operante se richiamata in polizza)

Nel caso in cui il Contraente scelga, all'atto della stipula della polizza, la formula franchigia, che avrà efficacia per tutti gli Assicurati, Poste Assicura S.p.A. applicherà su ogni sinistro dovuto ad intervento chirurgico una franchigia fissa e assoluta di Euro 2.000,00, ossia, dopo aver effettuato il calcolo di quanto dovuto in base ai limiti di indennizzo, provvederà al relativo pagamento dietro deduzione della franchigia stessa, e ciò anche in caso di Intervento chirurgico con costi parzialmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) laddove l'Assicurato abbia optato per il rimborso spese mediche anziché per la diaria sostitutiva.

La franchigia viene applicata un'unica volta per sinistro/sinistro unico così come definito all'Art. 7.1.

Si precisa che in ogni caso la franchigia non opera:

- per la garanzia Parto, sia naturale sia con taglio cesareo;
- per gli Interventi per i quali sono previsti specifici sottolimiti ai sensi dell'Art. 7.2;
- in caso di erogazione della diaria sostitutiva SSN (nel qual caso la franchigia opera esclusivamente con riferimento alle spese pre e post intervento).

Qualora la franchigia sia operante in concomitanza con uno scoperto, fermo lo scoperto del 20%, quest'ultima verrà considerata come minimo non indennizzabile.

Art. 5 - Persone assicurabili - Limiti assuntivi

L'assicurazione copre le persone fisiche esplicitamente indicate in polizza in qualità di Assicurati, nel numero massimo di 6 unità, purché residenti nel territorio della Repubblica Italiana, della Repubblica di S. Marino, della Città del Vaticano e sempreché abbiano debitamente sottoscritto la Dichiarazione di Buono stato di Salute anteriormente alla stipula della polizza.

Sono assicurabili le persone di età non superiore a 74 anni all'atto della sottoscrizione.

Il contratto non può quindi rinnovarsi tacitamente alla scadenza annuale successiva al compimento del 75esimo anno di età dell'Assicurato.

Qualora la copertura assicurativa interessi più Assicurati ed uno di essi raggiunga il limite di età sopra riportato, le garanzie rimarranno in vigore per le figure assicurate la cui età non supera il suddetto limite. Si precisa che non è possibile assicurare esclusivamente soggetti di età inferiore a 11 anni.

Art. 6 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione del pregresso o attuale stato di salute, le persone che abbiano, siano o siano state

affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV, sindromi organico cerebrali, o dalle seguenti infermità mentali: disturbi schizofrenici, paranoidi, affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), sindromi e disturbi mentali organici.

Premesso che Poste Assicura S.p.A. non avrebbe acconsentito a stipulare l'assicurazione laddove avesse saputo che l'Assicurato al momento della stipulazione ovvero dell'estensione a nuovi Assicurati (ai sensi dell'Art. 5) era affetto ovvero era stato affetto da qualcuna delle patologie sopra elencate, l'adesione deve considerarsi annullabile ai sensi dell'Art. 1892 del Codice Civile ed i sinistri nel frattempo verificatisi non sono indennizzabili.

Inoltre, laddove nel corso del contratto si manifestino nell'Assicurato una o più di tali affezioni o malattie, il Contraente è tenuto a comunicarlo per iscritto a Poste Assicura S.p.A., in quanto tale fattispecie costituisce per Poste Assicura S.p.A. aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile; di conseguenza, Poste Assicura S.p.A. potrà, limitatamente all'Assicurato colpito dalle menzionate affezioni o malattie, recedere dal contratto con effetto immediato ed i sinistri verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie non sono indennizzabili ai sensi di quanto previsto dall'Art. 1898 del Codice Civile.

Art. 7 - Massimali e scoperti

Il massimale per Interventi chirurgici è stabilito in Euro 1.000.000,00 o 150.000,00 a persona per sinistro ed anno assicurativo a seconda del piano scelto in fase di sottoscrizione.

A. Utilizzo del Network convenzionato

Nel caso di utilizzo di Istituto di cura ed équipe medica convenzionata secondo la procedura di cui all'Art.12.1.1.A, Poste Assicura S.p.A. provvederà al pagamento delle spese sostenute entro il limite del massimale prescelto senza applicazione di scoperto.

Lo scoperto troverà invece applicazione nei casi in cui, pur in presenza di Network convenzionato, non sia stato autorizzato il pagamento diretto delle prestazioni da parte della Centrale ai sensi dell'Art. 12.1.1.A.

B. Utilizzo di Istituti di cura convenzionati con équipe medica non convenzionata

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di una équipe non convenzionata all'interno di un Istituto di cura convenzionato secondo la procedura di cui all'Art. 12.1.1.B, Poste Assicura S.p.A. applicherà, per ogni sinistro, sulle spese sostenute per l'équipe, uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 200,00 ed il massimo di Euro 5.000,00, fermo il sottolimito massimo operante sulle spese dell'équipe a persona per sinistro ed anno assi-

curativo di:

- Euro 50.000,00 nel caso in cui l'intervento indennizzato rientri nella lista dei Grandi Interventi Chirurgici allegata al presente Fascicolo;
- Euro 10.000,00 per ogni altro intervento.

C. Utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate

Nel caso in cui l'Assicurato scelga di non avvalersi di una delle strutture del Network sanitario convenzionato secondo la procedura di cui all'Art. 12.1.1.C, Poste Assicura S.p.A. applicherà, per ogni sinistro, uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 200,00 ed il massimo di Euro 5.000,00 su tutte le spese sostenute, fermo il sottolimito massimo complessivo a persona per sinistro ed anno di:

- Euro 100.000,00 nel caso in cui l'intervento indennizzato rientri nella lista dei Grandi Interventi Chirurgici allegata al presente Fascicolo;
- Euro 35.000,00 per ogni altro intervento.

Restano in ogni caso validi i sottolimiti di cui agli Artt. 3.2 e 7.2.

Per quanto riguarda l'applicazione dello scoperto sulle spese pre e post intervento, si precisa che:

- le spese sostenute nei 60 giorni antecedenti l'intervento chirurgico vengono rimborsate senza applicazione dello scoperto quando sostenute all'interno del Network, fermo restando che sarà possibile la sola modalità liquidativa a rimborso ai sensi dell'Art. 12.1.1.C;
- le spese sostenute nei 90 giorni successivi all'intervento chirurgico vengono liquidate con lo scoperto solo nel caso in cui l'Assicurato non si avvalga della procedura di pagamento diretto di cui all'Art. 12.1.1.A.

Art. 7.1 - Unico sinistro

Ai fini dell'applicazione dei limiti di indennizzo, degli scoperti e dell'eventuale Franchigia (qualora richiamata in polizza), si considerano unico sinistro tutti i casi di:

- più interventi nella stessa seduta;
 - più interventi durante lo stesso periodo di ricovero.
- Si precisa che nel caso in cui gli interventi chirurgici effettuati abbiano limiti di indennizzo diversi tra di loro, Poste Assicura S.p.A. liquiderà il sinistro con riferimento al massimale più elevato.

Art. 7.2 - Limiti di rimborso per specifici interventi chirurgici

Le spese sostenute per gli Interventi chirurgici di seguito indicati (sia che siano sostenuti in regime di ricovero, sia che vengano effettuati in regime di Day surgery o ambulatorialmente), purché rientranti nelle voci I,II o III dell'Art. 3.1, sono complessivamente coperte entro il limite di Euro 5.000,00 per sinistro ed Euro 10.000,00 per persona ed anno assicurativo:

- Adenoidectomia e/o tonsillectomia;
- Appendicectomia (semplice o con peritonite, qualsiasi tecnica);
- Asportazione di tumefazione benigna della mammella / Nodulectomia;
- Intervento chirurgico per emorroidi e/o ragadi (compreso trattamento prolasso mucoso, sfinterotomia anoplastica) qualsiasi metodica;
- Interventi per ernie addominali;
- Interventi per malattie derivanti da gravidanza e puerperio, aborto spontaneo o terapeutico;
- Interventi per neoformazioni cutanee benigne (cisti in genere, lipomi e nevi) escluse comunque le prestazioni a finalità estetica;
- Interventi per polipi;
- Meniscectomia;
- Varicectomia.

Art. 8 - Termini di carenza

Il contratto prevede termini di carenza, che decorrono dalla data di effetto dell'assicurazione, durante i quali la garanzia assicurativa non è operante.

L'assicurazione ha effetto:

- per gli infortuni: dalle ore 24:00 dello stesso giorno di decorrenza della polizza;
- per le malattie: dalle ore 24:00 del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della polizza;
- per le conseguenze di malattie o esiti di infortuni non conosciuti e/o diagnosticati all'Assicurato ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula della polizza: dalle ore 24:00 del 300° giorno successivo a quello di decorrenza della polizza;
- per il parto, naturale o cesareo: dalle ore 24:00 del 300° giorno successivo a quello di decorrenza della polizza;
- per l'aborto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio: dalle ore 24:00 del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della polizza, sempreché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione - senza soluzione di continuità - ovvero senza alcuna interruzione della copertura assicurativa di precedente polizza Postaprotezione SiCura di Poste Assicura S.p.A., gli anzidetti termini operano:

- se le prestazioni e/o i limiti di indennizzo previsti dalla presente polizza sono pari od inferiori alla polizza sostituita, dal giorno di decorrenza della polizza sostituita;
- se le prestazioni e/o i limiti di indennizzo previsti dalla presente polizza sono maggiori a quanto previsto nella polizza sostituita, dal giorno di decorrenza della presente polizza limitatamente ai maggiori limiti e/o alle diverse prestazioni.

Si precisa che i termini di carenza troveranno comunque applicazione con riferimento a ciascun nuovo Assicurato.

Art. 9 - Esclusioni

Ferme le fattispecie di non assicurabilità di cui all'Art. 6, sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) i ricoveri e le degenze in regime di Day hospital avvenuti al fine di effettuare visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici che non comportino intervento chirurgico;
- 2) le spese relative a conseguenze di infortuni, malattie in genere conosciuti o diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'assicurazione;
- 3) le spese relative a conseguenze di malattie o esiti di infortuni non conosciuti dall'Assicurato ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula della polizza, limitatamente ai primi 300 giorni dalla decorrenza della polizza;
- 4) gli infortuni subiti dall'Assicurato:
 - a) in conseguenza di azioni commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave; di autolesionismo o suicidio, tentato o consumato; di atti di pura temerarietà;
 - b) in stato di ubriachezza, sotto l'influenza di sostanze stupefacenti, allucinogeni o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico o simili;
 - c) come pilota o membro dell'equipaggio di aeromobili sia a motore che a vela ed elicotteri o come passeggero a bordo di aeromobili ed elicotteri non abilitati al trasporto pubblico di linea;
 - d) nella pratica di paracadutismo, di pesca subacquea, di immersioni con autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, pratica di pugilato, lotta, rugby, football americano, atletica pesante, hockey su ghiaccio;
 - e) nella pratica a livello professionistico (o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta) di sport, corse, gare e relative prove ed allenamenti. È altresì esclusa la partecipazione ad imprese di carattere eccezionale, a titolo di esempio le spedizioni esplorative, le regate oceaniche e lo sci estremo;
 - f) nel collaudo di mezzi di trasporto; alla guida e nel collaudo di veicoli pubblici, guidoslitte, karts, veicoli da competizione (gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti);
- 5) le conseguenze di intossicazioni causate da abuso di alcolici, da uso di allucinogeni, sotto l'influenza di narcotici, nonché dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- 6) i trattamenti specialistici e fisioterapici in genere sostenuti prima dell'intervento chirurgico, ad eccezione di quanto previsto al punto I, 3 dell'Art. 3.1;
- 7) le malattie professionali o contemplate dalle leggi sull'assicurazione obbligatoria;
- 8) gli esami periodici o di controllo, salvo quanto previsto all'Art. 4.2 se resa operante tale garan-

- zia e nei limiti e con le tempistiche ivi previste;
- 9) le malattie mentali o del sistema nervoso, le psicopatie in genere, le malattie nevrotiche, incluse le sindromi ansiose o depressive;
 - 10) la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le patologie correlate alla infezione da HIV;
 - 11) le cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del periodonto, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da malattie neoplastiche o da infortunio comprovato da referto di pronto soccorso o ricovero, escluse in ogni caso le protesi dentarie;
 - 12) le cure del sonno;
 - 13) le cure e le terapie cellulo-tissutali;
 - 14) le cure e le pratiche fitoterapiche, idropiniche e termali in genere (salvo quanto espressamente previsto al punto III dell'Art. 3.1, le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale e i trattamenti terapeutici di agopuntura;
 - 15) le spese di chirurgia bariatrica (sia interventi restrittivi che malassorbitivi) ed ogni conseguenza di anoressia o bulimia nonché prestazioni e terapie con finalità dietologica in genere;
 - 16) i ricoveri per lungodegenza quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; le degenze in case di riposo, di convalescenza o di soggiorno; i ricoveri in istituti o reparti specializzati per le cure geriatriche o terapie di lungo degenza;
 - 17) le prestazioni aventi finalità estetiche, salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio o da malattia tumorale (indennizzabili a termini di polizza ed effettuati nei 360 giorni successivi all'intervento chirurgico demolitivo e durante la validità della polizza);
 - 18) le prestazioni sanitarie, cure ed interventi per eliminazione o riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia, così come tutte le altre prestazioni oculistiche tranne il caso di infortunio, e in ogni caso occhiali e lenti;
 - 19) l'eliminazione o correzione di malformazione o difetti fisici preesistenti e le alterazioni da esse determinate o derivate;
 - 20) i ricoveri per effettuare la fecondazione assistita e artificiale, nonché le prestazioni per la diagnosi e la cura della sterilità e dell'impotenza;
 - 21) l'aborto volontario non terapeutico;
 - 22) gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
 - 23) le conseguenze dirette o indirette di energia nucleare (reazioni nucleari, radiazioni e contaminazioni), di radiazioni dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (fissione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, etc.), salvo che non siano causate da radiazioni utiliz-

- zate per terapie mediche;
- 24) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, trombe d'aria, maremoti, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
 - 25) tutti i danni e le spese conseguenti, risultanti o collegati, anche indirettamente a: guerra, invasione, insurrezione, rivoluzione, ribellione, guerra civile, ostilità ed operazioni belliche (guerra dichiarata e non), potere militare o usurpazione di potere, terrorismo e tumulti civili. Sono escluse anche tutte le spese che siano direttamente o indirettamente collegate o risultanti da azioni di controllo, prevenzione o soppressione degli eventi menzionati;
 - 26) le conseguenze di atti violenti o aggressioni in cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
 - 27) le prestazioni effettuate all'estero che non siano conseguenza di infortuni, malattie improvvise e parto accaduti/manifestatisi mentre l'Assicurato era all'estero;
 - 28) tutte le spese non direttamente inerenti l'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili anche se sostenute durante il ricovero per intervento.

Le prestazioni di Assistenza non sono inoltre operanti nel caso di:

- 29) viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici;
- 30) in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente;
- 31) per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- 32) sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto.

Art. 10 - Sostituzioni di polizza

Nei casi di seguito elencati è prevista la sostituzione di polizza:

1. variazione delle persone assicurate;
2. variazioni della provincia di residenza.

La sostituzione dovrà essere eseguita recandosi presso l'Ufficio Postale, mantenendo ferma la scadenza originaria.

La sostituzione comporta l'applicazione della tariffa e delle condizioni contrattuali in vigore al momento della sostituzione.

Le variazioni che comportano aumento di premio hanno effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento dei nuovi premi.

Le variazioni che non comportano aumento di premio hanno effetto alla prima scadenza di pagamento successiva, annuale o mensile in funzione del frazionamento prescelto.

Con riferimento ai massimali e agli ulteriori limiti di indennizzo, si precisa che la sostituzione di polizza non comporta reintegrazione degli stessi in quanto per anno assicurativo si intende l'intero periodo contrattuale pattuito, così come stabilito all'Art. 1.4.

1. Variazione delle persone assicurate: il Contraente avrà la facoltà di variare le persone assicurate in corso di polizza, fermo il limite massimo di sei teste assicurate per contratto.

La stessa persona potrà essere inclusa sulla medesima polizza una sola volta durante l'intera vigenza del contratto.

Con riferimento all'applicazione dei termini di carenza, si rinvia all'Art. 8.

2. Variazioni di residenza: poiché il premio è determinato in base alla provincia di residenza dell'Assicurato, il Contraente è tenuto a dare immediata comunicazione del cambio di provincia di residenza proprio o di uno degli Assicurati.

Se il cambio di residenza avviene all'interno della stessa provincia, la polizza non è soggetta a sostituzione. La comunicazione potrà essere effettuata inviando una raccomandata AR a:

**Poste Assicura S.p.A.
Ufficio Portafoglio
Piazzale Konrad Adenauer 3
00144 - Roma**

Resta inteso che in caso di trasferimento della residenza all'estero, l'assicurazione cessa con effetto immediato. In tal caso, Poste Assicura S.p.A. rimborserà all'Assicurato la quota di premio pagata e non goduta.

Art. 11 - Rinnovo della copertura

Trascorsi i primi 5 anni ai sensi dell'Art. 1.4, il Contraente potrà rinnovare la copertura sottoscrivendo una nuova polizza. L'emissione della nuova polizza sarà effettuata presso l'Ufficio Postale con applicazione delle condizioni contrattuali e di tariffa in vigore in quel momento.

Norme relative ai sinistri

Art. 12 - Modalità di utilizzo della copertura e obblighi in caso di sinistro

Art. 12.1 - Intervento chirurgico e Parto

Art. 12.1.1 - Spese sostenute durante il ricovero

L'Assicurato potrà scegliere tra le seguenti modalità di utilizzo della copertura assicurativa:

A - Network convenzionato: Premesso che Poste Assicura S.p.A. si avvale per la gestione dei sinistri della società Assi.Re.Cre. S.r.l., la quale per il tramite di Assirete S.r.l. ha stipulato specifiche convenzioni con istituti di cura e medici convenzionati, l'Assicurato che intenda procedere attraverso l'utilizzo del Network convenzionato deve contattare telefonicamente, con un preavviso di almeno cinque giorni lavorativi:

Numero verde: 800.13.18.11

**Numero telefonico per chiamate dall'estero:
+39.02.82.44.32.10**

operativi dal lunedì al venerdì dalle 9:30 alle 17:00
e il sabato dalle 9:30 alle 13:30

comunicando:

- numero di polizza;
- nome e cognome dell'Assicurato che richiede la prestazione;
- struttura sanitaria convenzionata prescelta;
- nome del chirurgo / équipe medica della quale intende avvalersi;
- recapiti telefonici per essere successivamente ricontattato.

Successivamente al primo contatto, l'Assicurato dovrà compilare ed inviare via fax al numero 06.976.270.07 il Modulo di autorizzazione all'utilizzo di prestazioni sanitarie nel Network convenzionato allegato al presente Fascicolo Informativo e il Quadro sanitario compilato dal medico curante, contenente tipo di prestazione richiesta, che dovrà risultare da idoneo certificato medico di prescrizione, con l'indicazione della patologia, della data di insorgenza e della relativa anamnesi e contenente altresì esplicita dichiarazione che certifichi il non collegamento della prestazione richiesta con infortuni o malattie preesistenti alla decorrenza della garanzia.

In caso di infortunio dovrà altresì essere inviato il referto del Pronto Soccorso corredato da immagini radiografiche e altra documentazione eventualmente richiesta.

L'elenco aggiornato degli Istituti di cura conven-

zionati con Assirete S.r.l. è disponibile sul sito www.poste-assicura.it.

Contattando telefonicamente la Centrale della società Assi.Re.Cre. S.r.l. l'Assicurato potrà ottenere informazioni su tutti i medici convenzionati utilizzabili in ragione della specializzazione e della localizzazione territoriale richiesta.

La Centrale, verificata la regolarità amministrativa e la posizione clinica dell'Assicurato (riservandosi di richiedere all'Assicurato o al medico titolare del ricovero eventuali ulteriori informazioni o documentazione e di effettuare eventuali accertamenti preventivi tramite i propri medici fiduciari), provvederà ad individuare, in accordo con l'Assicurato, l'Istituto di cura convenzionato più idoneo e a confermare la prenotazione della struttura sanitaria ed il pagamento diretto delle spese convenzionate con predisposizione della lettera di "presa a carico".

In caso di ricovero dimostratamente urgente, la struttura sanitaria provvederà direttamente ad inviare alla Centrale la richiesta di presa a carico firmata dall'Assicurato.

Qualora l'Assicurato abbia ricevuto la conferma della prenotazione presso l'Istituto di cura convenzionato, la richiesta inoltrata alla Centrale equivale a tutti gli effetti a denuncia del sinistro effettuata alla Società.

La lettera di "presa a carico" è un documento che riporta gli impegni reciproci tra la Centrale e l'Istituto di cura convenzionato, con particolare riferimento alle condizioni di assicurazione (limiti di spesa, franchigie e scoperti) e andrà sottoscritto dall'Assicurato al momento dell'accettazione nell'Istituto di cura convenzionato.

Il pagamento sarà effettuato direttamente dalla Centrale, in nome e per conto dell'Assicurato, fermi eventuali franchigie, scoperti e limiti di indennizzo.

L'Assicurato dovrà quindi corrispondere in proprio e direttamente presso la struttura sanitaria gli importi dell'eventuale franchigia, nonché le eventuali altre spese non indennizzabili ai sensi della presente copertura.

Il pagamento diretto non sarà possibile nei seguenti casi:

- quando la prenotazione dell'Istituto di cura non sia stata effettuata dalla Centrale;
- quando ad insindacabile giudizio dello staff medico della Centrale non sia certo il diritto alla

prestazione richiesta in quanto, ad esempio, non pertinente alla diagnosi indicata;

- quando il pagamento diretto non sia stato confermato dalla Centrale;
- quando tra la richiesta alla Centrale e l'intervento non siano trascorsi almeno cinque giorni lavorativi (salvo casi di urgenza);
- quando le spese siano relative ad interventi chirurgici diversi da quelli per cui sia stato confermato il pagamento diretto da parte della Centrale;
- quando gli interventi chirurgici non siano effettuati in Istituti di cura convenzionati o, ancorché effettuati all'interno di queste ultime, qualora le prestazioni siano erogate da medici non convenzionati con la Centrale; in tal caso la liquidazione, ove dovuta, avverrà come indicato all'Art. 12.1.1.B;
- per spese sostenute prima del ricovero;
- in tutti i casi in cui non sia stata trasmessa la documentazione medica richiesta dalla Centrale o l'Assicurato non si sia sottoposto agli accertamenti preventivi richiesti dalla Centrale.

In questi casi il rimborso, se dovuto e non diversamente specificato, sarà effettuato secondo le modalità di cui al successivo Art. 12.1.1.C con l'applicazione dello scoperto di cui all'Art. 7 anche quando le prestazioni siano state effettuate all'interno del Network convenzionato.

Il pagamento che la Società avrà effettuato ad istituti di cura o medici convenzionati, solleverà la Società stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

La richiesta del pagamento diretto e la conferma da parte della Centrale, prestata in base alle notizie ed alla documentazione fornite dall'Assicurato, non pregiudicano la valutazione della Società sulla indennizzabilità del sinistro a termini di polizza.

La Società si riserva la facoltà di rifiutare l'ammissione al pagamento diretto, nonché di richiedere all'Assicurato la restituzione delle somme pagate, nella misura in cui, in base alla polizza, avrebbe avuto diritto di rifiutare o ridurre la prestazione garantita.

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che la Società non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dagli Istituti di cura e dai medici convenzionati. Pertanto il Contraente e gli Assicurati prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente agli Istituti di cura ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

B - Istituto di cura convenzionato ed équipe medica non convenzionata: Nel caso in cui l'I-

stituto di cura rientri nel Network convenzionato, ma l'équipe medica non risulti convenzionata, la Società, fermo quanto sopra stabilito, provvederà ad effettuare il pagamento delle voci di fattura inerenti l'Istituto di cura, mentre sarà a carico dell'Assicurato provvedere ad anticipare il pagamento dell'équipe medica presente all'intervento e successivamente chiedere a Poste Assicura S.p.A. il rimborso di quanto anticipato, fermi eventuali franchigie, scoperti e limiti di indennizzo.

Per i pagamenti direttamente effettuati dalla Società all'Istituto di cura convenzionato l'Assicurato dovrà seguire la procedura indicata alla precedente lettera A.

Per i pagamenti sostenuti dall'Assicurato nei confronti dei medici non convenzionati, l'Assicurato dovrà denunciare il sinistro e presentare gli originali delle notule, fatture, distinte e ricevute fiscalmente regolari e debitamente quietanzate relative alle spese sostenute con le modalità indicate al successivo punto C.

C - Strutture sanitarie non convenzionate: Nel caso in cui l'Assicurato scelga di non avvalersi di una delle strutture del Network sanitario convenzionato oppure nei casi in cui non sia ammesso il pagamento diretto e comunque quando l'Assicurato non intenda richiedere l'indennità sostitutiva SSN di cui all'Art. 3.3, Poste Assicura S.p.A. procederà con il rimborso delle spese sostenute a cura ultimata, fermi eventuali franchigie, scoperti e limiti di indennizzo.

L'Assicurato deve denunciare il sinistro entro 15 giorni da quando il sinistro si è verificato o comunque non appena ne abbia avuto la possibilità, inviando tramite Raccomandata A.R. il Modulo di denuncia sinistro allegato al presente Fascicolo a:

**Poste Assicura S.p.A.
Ufficio Sinistri
Piazzale Konrad Adenauer, 3
00144 Roma**

oppure a mezzo fax al n°: **06.54.92.44.75**

La denuncia dovrà essere corredata da:

- originale della prescrizione medica contenente la diagnosi e la dichiarazione che escluda il collegamento con infortuni o malattie preesistenti alla decorrenza della garanzia;
- copia conforme della cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera;
- altra documentazione sanitaria compresi i relativi referti clinici, originali delle prescrizioni degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi all'intervento;
- referto del pronto soccorso corredata da immagini radiografiche e altra documentazione even-

tualmente richiesta in caso di infortunio;
 • originali delle fatture e notule, fiscalmente regolari e quietanzati.

L'Assicurato deve sottoporsi, a spese della Società, agli accertamenti e controlli medici che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

12.1.2 Spese pre e post Intervento chirurgico o Parto

Per le spese di cui al punto I. dell'Art. 3 l'Assicurato potrà procedere solo con la modalità liquidativa a rimborso di cui all'Art. 12.1.1.C. Anche in assenza di pagamento diretto da parte della Centrale, non sarà applicato scoperto laddove le spese siano effettuate all'interno del Network convenzionato.

Per le spese di cui al punto III. dell'Art. 3, l'Assicurato potrà procedere con la modalità di pagamento diretto di cui all'Art. 12.1.1.A o quella a rimborso di cui all'Art. 12.1.1.C. Lo scoperto sarà applicato in tutti i casi in cui non ci sia la presa a carico diretta dei costi.

12.1.3 Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Se l'Assicurato si è avvalso del Servizio Sanitario Nazionale, la Società, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, provvede alla liquidazione dell'indennità sostitutiva come stabilito all'Art. 3.3 oppure, in alternativa e sulla base della scelta effettuata dall'Assicurato, rimborsa le eventuali spese rimaste a carico e sostenute in proprio dall'Assicurato, sempreché indennizzabili a termini di polizza.

La denuncia del sinistro dovrà in ogni caso essere effettuata seguendo quanto stabilito dall'Art. 12.1.1.C.

Art. 12.2 - Prestazioni di Alta diagnostica

(operanti se richiamata in polizza)

A. Network convenzionato: Nel caso di ricorso ad un centro diagnostico convenzionato, l'Assicurato, per prenotare la prestazione e ottenere conferma del pagamento diretto, dovrà seguire quanto stabilito all'Art. 12.1.1.A contattando preventivamente la Centrale ed inviando la prescrizione del medico curante attestante la malattia o l'infortunio con il Modulo di autorizzazione all'utilizzo di prestazioni nel Network convenzionato allegato al presente Fascicolo Informativo.

Lo scoperto a carico dell'Assicurato di cui all'Art. 4.1 dovrà essere pagato direttamente alla struttura.

B. Centri diagnostici non convenzionati: In caso di prestazioni di alta diagnostica effettuate presso centri non convenzionati, l'Assicurato dovrà seguire quanto stabilito all'Art. 12.1.1.C presentando

quindi la prescrizione del medico curante attestante la malattia o l'infortunio e i referti degli accertamenti diagnostici nonché gli originali delle fatture e notule, fiscalmente regolari e quietanzati.

Art. 12.3 - Check-up

(operante se richiamato in polizza)

Per effettuare il Check-up l'Assicurato dovrà contattare telefonicamente, con un preavviso di 5 giorni lavorativi, la Centrale comunicando:

- cognome e nome;
- numero di polizza;
- recapito telefonico;
- esame o visita selezionato tra quelli a scelta dell'Assicurato.

e successivamente inviare via fax il Modulo richiesta utilizzo Network convenzionato allegato al presente Fascicolo.

Alla positiva verifica del diritto alla prestazione, la Centrale comunica all'Assicurato la data e la struttura del Network convenzionato presso la quale potrà essere effettuata la prestazione.

Resta inteso che:

- la Società non provvederà al pagamento di prestazioni aggiuntive rispetto a quelle elencate all'Art. 4.2 (Check-up);
- la Società non provvederà al pagamento del Check up se effettuato per proprio conto dall'Assicurato o con cadenza diversa rispetto a quella consentita.

Art. 12.4 - Assistenza

In caso di sinistro l'Assicurato, o chi agisce in sua vece, dovrà contattare la Struttura Organizzativa al:

Numero verde 800.55.40.84

Numero telefonico per chiamate dall'estero:

+39.06.42.115.799

Nel caso in cui sia impossibile telefonare, l'Assicurato dovrà inviare un fax al numero **+39.06.48.18.960**

La Struttura Organizzativa è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste.

Inoltre dovrà comunicare:

- cognome e nome;
- prestazione richiesta;
- suo indirizzo o recapito temporaneo;
- numero di telefono al quale essere contattato.

La denuncia dovrà essere effettuata il più presto possibile e, in ogni caso, non oltre i 3 (tre) giorni successivi. L'inosservanza dei suddetti termini può compromettere il diritto alla prestazione.

A parziale deroga, resta inteso che, qualora la persona fisica titolare dei diritti derivanti dal contratto sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il sinistro entro i termini previsti, potrà farlo non appena ne sarà in grado e comunque entro i termini di legge (Art. 2952 del Cod.Civ.).

Gli interventi di assistenza devono essere disposti direttamente dalla Struttura Organizzativa, ovvero essere da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione di assistenza. La Società ha facoltà di richiedere, ai fini liquidativi, ulteriore documentazione rispetto a quella contrattualmente prevista e non perde il diritto di far valere, in qualunque momento ed in ogni caso, eventuali eccezioni anche se abbia iniziato la liquidazione delle prestazioni.

La Società non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.

In caso di sinistro “Second Opinion”

Per usufruire della “Second Opinion”, l’Assicurato o il familiare o persona terza, da loro delegata, deve:

- 1) contattare la Struttura Organizzativa, dal lunedì al venerdì, dalle 9:00 alle 18:00 (esclusi i giorni festivi) ai numeri sopra riportati. La Struttura Organizzativa, verificata la regolarità della richiesta, provvederà all’apertura del dossier comunicando le modalità di svolgimento della prestazione ed invierà il “Questionario dati anamnestici”;
- 2) spedire a Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A., Servizio Medico, Via B. Alimena 111 - 00173 Roma:
 - una copia di un documento di identità valido;
 - la documentazione clinica completa, il proprio numero di polizza e il numero del sinistro (fornito dall’operatore della Centrale Operativa al momento della denuncia);
 - il “Questionario dati anamnestici” sottoscritto dallo stesso e dal suo medico curante;
 - l’autorizzazione a contattare il suo medico curante;
 - l’autorizzazione alla Società circa il trattamento dei dati forniti (D.lgs. 196/03);
 - l’autocertificazione dell’Assicurato nella quale dichiara che il proprio caso non rientra tra le fattispecie oggetto di esclusione.

Il servizio medico della Struttura Organizzativa:

- è a disposizione per fornire informazione circa la raccolta della documentazione clinica completa (dati anamnestici ed esami eseguiti) e la compilazione del “Questionario dati anamnestici”;
- verifica la completezza dei dati e della documentazione ed eventualmente richiede nuove specifiche all’interessato ed al suo medico curante;
- invia la documentazione completa, con le soluzioni tecnologiche più rapide, ad un centro convenzionato prescelto dalla Struttura Organizzativa;
- comunica all’interessato il nome dello specialista e/o del centro convenzionato a cui è stata inviata la documentazione;
- invia il parere medico complementare all’inte-

ressato o al suo medico curante, contenente l’opinione dello specialista sul caso clinico, eventuali suggerimenti terapeutici e le risposte alle eventuali domande;

- su esplicita richiesta, restituisce la documentazione inviata dall’interessato.

La prestazione potrà essere erogata solo al ricevimento, da parte della Società, della documentazione completa.

Art. 13 - Altri obblighi in caso di sinistro

L’Assicurato o i suoi familiari o aventi diritto devono consentire a Poste Assicura S.p.A. le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l’Assicurato stesso e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato, e fornire la documentazione medica aggiuntiva eventualmente richiesta.

L’inadempimento degli obblighi in caso di sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all’indennizzo ai sensi dell’Art. 1915 del Codice Civile o il recupero delle somme già liquidate da Poste Assicura S.p.A. ai sensi dell’Art. 12.1.1. A e 12.2 A.

Art. 14 - Esonero denuncia altre assicurazioni

Il Contraente o l’Assicurato sono esonerati dall’obbligo di dare comunicazione per iscritto a Poste Assicura S.p.A. dell’esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. Nel caso di sinistro, ai sensi dell’Art. 1910, 3° comma, del Codice Civile, il Contraente o l’Assicurato sarà tenuto a comunicare a Poste Assicura S.p.A. l’esistenza di qualsiasi altra copertura assicurativa stipulata in relazione al medesimo rischio.

Qualora l’Assicurato, sempreché non abbia optato per la corresponsione della diaria sostitutiva per utilizzo SSN di cui all’Art. 3.3, abbia presentato a terzi l’originale delle notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Art. 15 - Valuta di pagamento

Per le spese sostenute all’estero, i rimborsi vengono effettuati in Italia in euro al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall’Assicurato, rilevato dalle quotazioni dell’Ufficio Italiano Cambi.

Art. 16 - Collegio medico

In caso di controversie mediche sulla natura dell’evento o sulla misura dell’indennità da corrispondere all’Assicurato, nonché sui criteri di liquidazione, le parti, potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo, la nomina del terzo medico potrà esse-

re richiesta dalla parte più diligente al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il Collegio medico.

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 la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà.

I risultati delle operazioni peritali del Collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo obbligatorio di conciliazione di cui al D.Lgs. 28/2010 (cfr. Art. 1.5 delle Condizioni di Assicurazione).

ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazioni tumori ossei della volta cranica
- Interventi per traumi cranio cerebrali
- Rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- Anastomosi endocranica dei nervi cranici
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc.)
- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
- Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazione vascolari intracraniche
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici anche con interposizione di innesto
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, ecc.)
- Interventi per traumi vertebro-midollari anche con stabilizzazione chirurgica
- Interventi per mielopatia cervicale o ernia del disco per via anteriore o posteriore
- Asportazione di ernia del disco lombare

NERVI PERIFERICI

- Anastomosi extracranica di nervi cranici

FACCIA E BOCCA

- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale
- Resezione del mascellare superiore per neoplasia
- Resezione della mandibola per neoplasia

OTORINOLARINGOIATRIA

- Faringo-laringectomia
- Laringectomia totale
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne
- Tiroidectomia allargata per neoplasie maligne
- Timectomia per via cervicale

ESOFAGO

- Esofagoplastica
- Interventi sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago
- Interventi sull'esofago per tumori maligni: resezioni parziali basse, alte, totali

STOMACO - DUODENO

- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica

- Cardioplastica
- Vagotomia

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezioni epatiche maggiori
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari

PANCREAS - MILZA

- Interventi di necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudo cisti:
 - a) enucleazioni delle cisti
 - b) marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi sul pancreas
 - a) totale o della testa
 - b) della coda
- Splenectomia

INTESTINO

- Colectomia totale
- Intervento di asportazione di tumori retroperitoneali.

RETTO - ANO

- Amputazione del retto per via addomino-perineale

TORACE E CHIRURGIA TORACICA

- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Pneumonectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Lobectomia
- Toracoplastica totale

CARDIOCHIRURGIA

- Bypass aorto-coronarico
- Pericardiectomia parziale o totale
- Correzione totale di anomalie congenite del cuore
- Interventi a cuore aperto
- Interventi di sostituzione valvolare
- Interventi per fistole arterovenose del polmone

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta e sui grossi vasi arteriosi
- Interventi che necessitano di circolazione extracorporea o cardioplegia

UROLOGIA

- Cistectomia totale
- Intervento per fistola vescico-intestinale
- Surrenectomia

GINECOLOGIA

- Vulvectomia allargata
- Isterectomia radicale per via addominale per neoplasia maligna

- Mastectomia radicale

ORTOPEDIA

- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomy
- Sostituzione totale di una delle seguenti articolazioni: anca, ginocchio, tibiotarsica, polso, spalla, gomito
- Artrodesi vertebrale per via anteriore o per spondilolistesi
- Ernia del disco dorsale per via trans-toracica

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Interventi per atresia dell'ano
- Intervento per atresia congenita dell'esofago
- Cisti e tumori del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Fistola congenita dell'esofago
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhalen o Swenson
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)

TRAPIANTI

- Tutti

LEGGERE ATTENTAMENTE LA SOTTOSTANTE INFORMATIVA PRIVACY PRIMA DI COMPILARE IL MODULO DI DENUNCIA SINISTRO.

Informativa privacy relativamente all'attività liquidazione sinistri⁽¹⁾

Finalità del trattamento dei dati personali

I dati personali forniti mediante la compilazione del presente "Modulo di Denuncia Sinistro" o da altri soggetti⁽²⁾ sono trattati al fine di: dare esecuzione al contratto assicurativo e più in generale per finalità assicurativa⁽³⁾, in particolare per procedere all'attività di liquidazione dei sinistri; adempiere ad ogni obbligo di legge, regolamento o della normativa europea connesso all'esecuzione del contratto assicurativo; rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela, effettuare ricerche di mercato e indagini statistiche, nonché svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri.

Modalità del trattamento dei dati personali

I Suoi dati personali sono trattati, in particolare per il servizio di liquidazione dei sinistri, la fornitura dei prodotti e delle informazioni da Lei richieste, mediante l'ausilio di strumenti elettronici o anche senza tale ausilio. Per il caso della valutazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche, anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza.

Natura del conferimento dei dati personali, Suo consenso ed eventuali conseguenze di un rifiuto

Per la fornitura di servizi assicurativi ed in particolare nell'ambito del servizio di liquidazione danni che La riguardano abbiamo necessità di trattare anche dati "sensibili"⁽⁴⁾, come ad esempio nel caso di perizie mediche. Le chiediamo di esprimere il consenso per il trattamento di tali dati per queste specifiche finalità.

Il conferimento dei Suoi dati personali non è obbligatorio per legge, tuttavia senza i Suoi dati non potremmo fornirLe i servizi e i prodotti assicurativi in tutto o in parte ovvero procedere alla liquidazione del sinistro.

Alcuni dati viceversa devono essere comunicati da Lei o da terzi per obbligo di legge: lo prevede ad esempio la disciplina antiriciclaggio; così pure i Suoi dati devono da noi essere comunicati, per obbligo di legge, ad enti e organismi pubblici, quali Isvap - Casellario Centrale Infortuni - UIC - Motorizzazione Civile - Enti Gestori di Assicurazioni Sociali Obbligatorie, nonché - in caso di richiesta - all'Autorità Giudiziaria e alle Forze dell'Ordine.

Solamente qualora Lei acconsenta specificamente, i dati che Lei ci invierà, o da noi detenuti, saranno utilizzati dalla nostra Società per le finalità ulteriori indicate (rilevazione qualità dei servizi, ricerche di mercato e indagini statistiche con le modalità indicate).

Comunicazione dei dati a soggetti terzi

Per le finalità sopra descritte i Suoi dati potrebbero essere comunicati a soggetti che operano in qualità di titolari autonomi del trattamento per finalità assicurativa, anche in virtù di obblighi di legge, ovvero a soggetti di nostra fiducia che svolgono - per nostro conto - compiti di natura tecnica od organizzativa, alcuni di questi anche all'estero, in qualità di "responsabile" o "incaricato" del trattamento dei dati.

Si tratta in modo particolare di soggetti facenti parte del Gruppo Poste Italiane, della società Poste Assicura S.p.A. e della catena distributiva quali agenti, sub-agenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; consulenti tecnici ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società, quali professionisti legali, periti e medici, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi cui sono affidate la gestione, la liquidazione e il pagamento dei sinistri, centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione dati; società di servizi postali indicate nel plico postale; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti. In aggiunta, qualora Lei acconsenta specificamente, anche i soggetti terzi specializzati nelle attività di ricerche di mercato, rilevazione della qualità dei servizi o dei bisogni della clientela.

In considerazione della complessità della nostra organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, Le precisiamo infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i nostri dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nel perseguimento delle finalità sopra indicate nell'ambito delle rispettive mansioni ed in conformità alle istruzioni ricevute. L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può conoscerlo agevolmente e gratuitamente chiedendolo a:

**Poste Assicura S.p.A.
Ufficio Privacy
Piazzale Konrad Adenauer, 3
00144 Roma
fax 06.5492.4406**

ove potrà conoscere anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati. I dati raccolti non saranno in alcun modo diffusi.

Esercizio dei diritti

La informiamo inoltre che Lei ha il diritto di conoscere in ogni momento quali sono i Suoi dati in nostro possesso e come essi vengono utilizzati. Ha anche il

diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento⁽⁵⁾.

Per l'esercizio dei Suoi diritti può rivolgersi a:

Poste Assicura S.p.A.
Ufficio Privacy
Piazzale Konrad Adenauer, 3
00144 Roma
fax 06.5492.4406

il cui responsabile *pro-tempore* è anche responsabile del trattamento. Responsabile del trattamento dei dati personali, relativamente alla gestione e liquidazione dei sinistri, è:

Assi.Re.Cre. S.r.l.
Viale Regina Margherita 278
00198 - Roma
tel 06.44.02.784
fax 06.44.03.418

La ringraziamo per la Sua attenzione e collaborazione ricordandoLe che un modulo incompleto, non firmato o, nei casi previsti, non accompagnato dalla documentazione sopra descritta non potrà dare luogo all'avvio della istruttoria di liquidazione e ritarderà, in ogni caso, le operazioni di valutazione e conseguentemente di indennizzo del danno subito.

Maggiori informazioni relative le modalità di denuncia del sinistro possono essere richieste chiamando il numero verde 800.13.18.11 di Poste Assicura S.p.A.

⁽¹⁾ Art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. N. 196/2003)

⁽²⁾ Altri soggetti che effettuano operazioni che La riguardano o che, per soddisfare una Sua richiesta forniscono all'azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali, etc.

⁽³⁾ La "finalità assicurativa" richiede necessariamente, tenuto conto anche della raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati per: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio o difesa dei diritti dell'Assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistiche.

⁽⁴⁾ Sono considerati sensibili i dati relativi allo stato di salute, a malattie ed infortuni.

⁽⁵⁾ Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale commerciale e pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato. Negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

Informativa ai sensi dell'Art. 13 del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003 n.196

In applicazione del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n° 196 (di seguito denominato Codice) La informiamo sul trattamento dei Suoi dati personali e degli Assicurati e sui diritti connessi⁽¹⁾.

Trattamento dei dati personali per finalità assicurativa

Al fine di fornire i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o previsti a Suo favore o degli Assicurati la nostra Società deve disporre di dati personali che riguardano Lei e gli Assicurati - dati raccolti presso di Lei o presso altri soggetti⁽²⁾ e/o dati che devono essere forniti da Lei o da terzi per obblighi di Legge⁽³⁾ - e deve trattarli al fine di dare esecuzione agli obblighi derivanti da questo contratto, in adempimento di specifici obblighi di legge o regolamentari o della normativa europea ovvero per finalità assicurativa⁽⁴⁾, secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione.

Trattamento dei dati personali per ricerche di mercato e/o finalità promozionali

Inoltre, previo Suo esplicito consenso, alcuni dei dati personali raccolti saranno trattati al fine di rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela, effettuare ricerche di mercato e indagini statistiche, nonché di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri.

Precisiamo che il consenso è, in questo caso, del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa. Pertanto, secondo che Lei sia o non sia interessato alle opportunità sopra illustrate, può liberamente concedere o negare il consenso per la suddetta utilizzazione dei dati nello spazio ad esso dedicato del modulo contrattuale.

Modalità del trattamento dei dati personali

I Suoi dati personali o degli Assicurati sono trattati, in particolare per il servizio di liquidazione dei sinistri, la fornitura dei prodotti e delle informazioni da Lei richieste, mediante l'ausilio di strumenti elettronici o anche senza tale ausilio. Per il caso della valutazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche, sempre che a ciò acconsenta, anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza.

Natura del conferimento dei dati personali, Suo consenso ed eventuali conseguenze di un rifiuto

Per la fornitura di servizi assicurativi ed in particolare nell'ambito del servizio di liquidazione danni che riguardano Lei o gli Assicurati abbiamo necessità di

trattare anche dati "sensibili"⁽⁵⁾, come ad esempio nel caso di perizie mediche. Le chiediamo di esprimere il Suo consenso per il trattamento di tali dati per queste specifiche finalità.

Il conferimento dei Suoi dati personali e degli Assicurati non è obbligatorio per legge, tuttavia senza i Suoi dati e degli Assicurati non potremmo fornire i servizi e i prodotti assicurativi in tutto o in parte ovvero procedere alla liquidazione del sinistro.

Alcuni dati viceversa devono essere comunicati da Lei o da terzi per obbligo di legge: lo prevede ad esempio la disciplina antiriciclaggio; così pure i Suoi o degli Assicurati dati devono da noi essere comunicati, per obbligo di legge, ad enti e organismi pubblici, quali Isvap - Casellario Centrale Infortuni - UIC - Motorizzazione Civile - Enti Gestori di Assicurazioni Sociali Obbligatorie, nonché - in caso di richiesta - all'Autorità Giudiziaria e alle Forze dell'Ordine.

Comunicazione dei dati a soggetti terzi

Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate, i dati, secondo i casi, possono o debbono essere comunicati:

a soggetti che operano in qualità di titolari autonomi del trattamento, anche in virtù di obblighi di legge o di regolamento e ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa"⁽⁶⁾; a soggetti di nostra fiducia che svolgono - per nostro conto - compiti di natura tecnica od organizzativa, alcuni di questi operanti anche all'estero, in qualità di "responsabile" o "incaricato" del trattamento dei dati. Si tratta per quest'ultimi, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Poste Italiane, della società Poste Assicura S.p.A. e della catena distributiva quali agenti, sub-agenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; consulenti tecnici ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società, quali professionisti legali, periti e medici, società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri (indicate nel modulo-denuncia), tra cui centrale operativa di assistenza (indicata nel contratto), società di consulenza per tutela giudiziaria (indicata nel contratto), clinica convenzionata (scelta dall'interessato); società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela) indicate sul plico postale; società di revisione e di consulenza (indicata negli atti di bilancio); società di informazione commerciale per rischi finanziari; so-

cietà di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti. In aggiunta, qualora Lei acconsenta specificamente, anche i soggetti terzi specializzati nelle attività di ricerche di mercato, rilevazione della qualità dei servizi o dei bisogni della clientela.

In considerazione della complessità della nostra organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, precisiamo infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i nostri dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nel perseguimento delle finalità sopra indicate nell'ambito delle rispettive mansioni ed in conformità alle istruzioni ricevute.

L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può conoscerlo agevolmente e gratuitamente chiedendolo a:

Poste Assicura S.p.A.
Ufficio Privacy
Piazzale Konrad Adenauer, 3
00144 Roma
fax 06.5492.4555

ove potrà conoscere anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati. I dati raccolti non saranno in alcun modo diffusi.

Esercizio dei diritti

La informiamo infine che è previsto il diritto dell'interessato di conoscere in ogni momento quali sono i dati in nostro possesso e come essi vengono utilizzati. È previsto anche il diritto per l'interessato di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento⁽⁷⁾. Per l'esercizio dei diritti dell'interessato previsti dal Codice è possibile rivolgersi a:

Poste Assicura S.p.A.
Ufficio Privacy
Piazzale Konrad Adenauer, 3
00144 Roma
fax 06.5492.4555

il cui responsabile pro-tempore è anche responsabile del trattamento.

NOTE

- 1) Come previsto dall'art. 13 del Codice (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196).
- 2) Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulta Assicurato, Beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, Assicuratori ecc.); soggetti che, per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo (v. nota 5, quarto e quinto trattino); altri soggetti pubblici (v. nota 5, sesto e settimo trattino).
- 3) Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.
- 4) La "finalità assicurativa" richiede necessariamente, tenuto conto anche della raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati per: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio o difesa dei diritti dell'Assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistiche.
- 5) Sono considerati sensibili i dati relativi allo stato di salute, a malattie ed infortuni.
- 6) Secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere trattati o comunicati da taluni dei seguenti soggetti:
 - assicuratori, coassicuratori (indicati nel contratto) e riassicuratori; agenti, sub-agenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione;
 - banche e intermediari finanziari;
 - professionisti legali;
 - ANIA - Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici, per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici, alle quali i dati possono essere comunicati, di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio dell'attività assicurativa e alla tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi;
 - organismi consortili propri del settore assicurativo - che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati -, quali: Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati - CIRT, per la valutazione dei rischi vita tarati, per l'acquisizione di dati relativi ad assicurati e assicurandi e il reciproco scambio degli stessi dati con le imprese assicuratrici consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati, per finalità strettamente connesse con l'assunzione dei rischi vita tarati nonché per la

riassicurazione in forma consortile dei medesimi rischi, per la tutela dei diritti dell'industria assicurativa nel settore delle assicurazioni vita rispetto alle frodi; Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicappati, per la valutazione dei rischi vita di soggetti handicappati;

- CONSAP - Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici, la quale, in base alle specifiche normative, gestisce lo stralcio del Conto consortile r.c. auto, il Fondo di garanzia per le vittime della strada, il Fondo di garanzia per le vittime della caccia, gli aspetti amministrativi del Fondo di solidarietà per le vittime dell'estorsione e altri Consorzi costituiti o da costituire, la riassicurazione dei rischi agricoli, le quote delle cessioni legali delle assicurazioni vita; commissari liquidatori di imprese di assicurazione poste in liquidazione coatta amministrativa (provvedimenti pubblicati nella Gazzetta Ufficiale), per la gestione degli impegni precedentemente assunti e la liquidazione dei sinistri; ISVAP - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo, ai sensi della legge 12 agosto 1982, n. 576, e della legge 26 maggio 2000, n. 137;
 - nonché altri soggetti, quali: UIC – Ufficio Italiano dei Cambi, ai sensi della normativa antiriciclaggio di cui all'art. 13 della legge 6 febbraio 1980, n. 15, così come sostituito dall'Art. 2 della legge 15 luglio 1991 n. 197; Casellario Centrale Infortuni, ai sensi del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38; CONSOB - Commissione Nazionale per le Società e la Borsa, ai sensi della legge 7 giugno 1974, n. 216; COVIP – Commissione di vigilanza sui fondi pensione, ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Ministero del lavoro e della previdenza sociale, ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAl, INPGI ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze – Anagrafe tributaria, ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 605; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF; VV.UU.); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo e aggiornato dei soggetti è disponibile gratuitamente chiedendolo al Servizio indicato in informativa.
- 7) Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale commerciale e pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato. Negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

Pagina intenzionalmente lasciata in bianco

Poste Assicura S.p.A. • 00144 Roma (RM) Piazzale Konrad Adenauer, 3 T(+39) 06 5492 41 F(+39) 06 5492 4203 • www.poste-assicura.it • Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001 • Capitale Sociale € 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001 REA 1013058 • Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimenti ISVAP n. 2788 del 25.03.2010 iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Società con socio unico appartenente al Gruppo assicurativo Poste Vita iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 043, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Poste Vita S.p.A.



Mod. 0065 Ed. 28 settembre 2011