*poste**protezione** innovasalute**più***

Contratto di assicurazione Infortuni, Malattia e 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

*poste**protezione** innovasalute**più***

Posteassicura
GruppoAssicurativoPostevita

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

(Non è necessario confermare)

TI ASPETTIAMO ONLINE NELLA NUOVA AREA RISERVATA INTERAMENTE DEDICATA A TE, UNO SPAZIO DOVE POTER CONSULTARE E VERIFICARE LA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA. OVUNQUE TI TROVI, NELLA MASSIMA SICUREZZA, 24 ORE SU 24, 7 GIORNI SU 7.

Nella nuova area riservata potrai:

Esaminare le condizioni contrattuali sottoscritte.

Visualizzare e modificare i tuoi dati di attivazione.

Controllare le coperture assicurative e lo stato delle tue pratiche.

Consultare la corrispondenza e le certificazioni.

Verificare lo stato dei pagamenti dei premi e relative scadenze.

Utilizzare strumenti innovativi per conoscere l'adeguatezza del tuo profilo assicurativo nel tempo.

Ottenere l'accesso all'**Area Clienti** e agli strumenti dedicati è semplice: basta registrarsi su **www.postevita.it** o **www.poste-assicura.it** e inserire i dati richiesti con pochi clic.

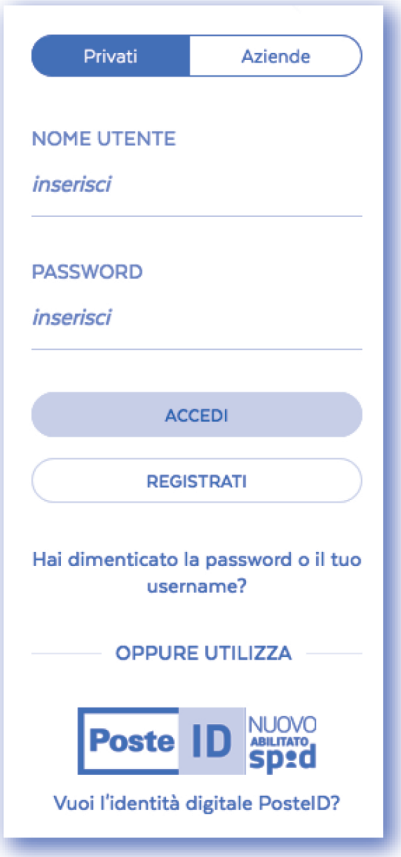
VIENI A SCOPRIRE LA TUA AREA RISERVATA: È SEMPLICE, VELOCE E CONVIENE.

Per informazioni:

800.13.18.11 **infoclienti@poste-assicura.it**

Registrati in pochi clic.

ACCEDERE ALL'AREA CLIENTI DEL GRUPPO POSTE VITA È FACILE.
Ti basterà seguire questa semplice procedura per iniziare subito a utilizzare le sue pratiche funzioni.



SEI GIÀ REGISTRATO SU WWW.POSTE.IT?

Accedi all'Area Clienti dal sito www.postevita.it o www.poste-assicura.it con il tuo **Nome Utente e Password** (stesse credenziali utilizzate per il sito www.poste.it) e completa la registrazione inserendo le informazioni richieste.

NON SEI REGISTRATO SU WWW.POSTE.IT?

Segui questi veloci passaggi:

1) vai sul sito www.postevita.it o www.poste-assicura.it e **clicca su Registrati**;
2) inserisci i tuoi **dati anagrafici**;
3) inserisci i tuoi dati di indirizzo ed il numero di cellulare. Fai molta attenzione all'inserimento del **numero di cellulare**, perché a quel numero ti verrà inviato il **codice di attivazione** che permette la conclusione della registrazione;
4) scegli la tua **Password**;
5) **stampa i dati o salva la pagina** che ti viene proposta dal sistema perché contiene il tuo Nome Utente (User ID o Indirizzo Email) e il tuo **codice cliente**;
6) ricevi tramite **sms** il codice di conferma;
7) inserisci il **codice di conferma** ricevuto tramite sms;
8) entra adesso nell'Area Clienti del sito www.postevita.it o www.poste-assicura.it con Nome Utente e Password. Avrai accesso immediato alla tua posizione assicurativa.

Dal **secondo login** in poi ti sarà sufficiente inserire Nome Utente e Password.

Entra nell'Area Clienti. La tua sicurezza ti aspetta online!

Indice

Nota Informativa

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE ..... PAG. **1/9**

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO ..... PAG. **1/9**

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI ..... PAG. **4/9**

Glossario ..... PAG. **7/9**

Condizioni di Assicurazione

Art. 1 - Informazioni generali ..... PAG. **1/38**

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio ..... PAG. **1/38**

Art. 1.2 - Conclusione del contratto - Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del Premio ..... PAG. **1/38**

Art. 1.3 - Adeguamento del Premio ..... PAG. **1/38**

Art. 1.4 - Durata e proroga dell'assicurazione ..... PAG. **4/38**

Art. 1.5 - Foro competente e procedimento di mediazione ..... PAG. **4/38**

Art. 1.6 - Modifiche del contratto di assicurazione ..... PAG. **4/38**

Art. 1.7 - Aggravamento e diminuzione del rischio ..... PAG. **4/38**

Art. 1.8 - Oneri fiscali ..... PAG. **4/38**

Art. 1.9 - Legge applicabile e rinvio ..... PAG. **4/38**

Art. 1.10 - Prescrizione ..... PAG. **5/38**

Art. 1.11 - Rinuncia al diritto di surroga ..... PAG. **5/38**

Art. 1.12 - Reclami ..... PAG. **5/38**

Art. 2 - Precisazioni e delimitazioni dell'assicurazione ..... PAG. **6/38**

Art. 2.1 - Persone assicurate ..... PAG. **6/38**

Art. 2.2 - Limiti di età ..... PAG. **6/38**

Art. 2.3 - Persone non assicurabili ..... PAG. **6/38**

Art. 2.4 - Efficacia delle garanzie - Termini di Carenza ..... PAG. **6/38**

Art. 2.5 - Estensione territoriale ..... PAG. **7/38**

Art. 2.6 - Esclusioni ..... PAG. **7/38**

Art. 3 - Descrizione delle garanzie previste ..... PAG. **10/38**

Art. 4 - Modifiche al contratto ..... PAG. **13/38**

Art. 4.1 - Sostituzione di polizza ..... PAG. **13/38**

Art. 4.2 - Variazioni e/o comunicazioni inerenti il Contratto ..... PAG. **13/38**

Soluzione 1: Grandi Interventi Chirurgici

Art. 5 - Grandi Interventi Chirurgici ..... PAG. **14/38**

Art. 5.1 - Spese mediche rimborsabili ..... PAG. **14/38**

Art. 5.2 - Indennità sostitutiva ..... PAG. **15/38**

Art. 5.3 - Franchigia ..... PAG. **15/38**

Art. 6 - Check up ..... PAG **15/38**

Art. 7 - Assistenza ..... PAG. **16/38**

Art. 7.1 - Consulto medico telefonico ..... PAG. **16/38**

Art. 7.2 - Invio di un medico o di un'ambulanza ..... PAG. 16/38
Art. 7.3 - Trasporto sanitario programmato ..... PAG. 17/38
Art. 7.4 - Second opinion ..... PAG. 17/38
Art. 7.5 - Informazioni sanitarie telefoniche ..... PAG. 17/38

Soluzione 2: Diaria
Art. 8 - Diaria ..... PAG. 19/38
Art. 8.1 - Diaria da ricovero ..... PAG. 19/38
Art. 8.2 - Diaria per lungodegenza ..... PAG. 19/38
Art. 8.3 - Diaria da convalescenza ..... PAG. 19/38
Art. 8.4 - Diaria da gesso ..... PAG. 19/38
Art. 8.5 - Spese per Cartella clinica ..... PAG. 20/38
Art. 8.6 - Spese extra ricovero ..... PAG. 20/38
Art. 9 - Check up ..... PAG. 21/38
Art. 10 - Assistenza ..... PAG. 21/38
Art. 10.1 - Consulto medico telefonico ..... PAG. 21/38
Art. 10.2 - Invio di un medico o di un'ambulanza ..... PAG. 22/38
Art. 10.3 - Trasporto sanitario programmato ..... PAG. 22/38
Art. 10.4 - Second opinion ..... PAG. 22/38
Art. 10.5 - Informazioni sanitarie telefoniche ..... PAG. 23/38

Soluzione 3: Rimborso Spese Mediche
Art. 11- Rimborso Spese Mediche per Ricovero e/o Intervento chirurgico ..... PAG. 24/38
Art. 11.1 - Spese mediche rimborsabili ..... PAG. 24/38
Art. 11.2 - Indennità sostitutiva ..... PAG. 25/38
Art. 11.3 - Interventi chirurgici specifici ..... PAG. 25/38
Art. 11.4 - Franchigia ..... PAG. 26/38
Art. 11.5 - Spese extra ricovero ..... PAG. 26/38
Art. 12 - Check up ..... PAG. 27/38
Art. 13 - Assistenza ..... PAG. 27/38
Art. 13.1 - Consulto medico telefonico ..... PAG. 28/38
Art. 13.2 - Invio di un medico o di un'ambulanza ..... PAG. 28/38
Art. 13.3 - Trasporto sanitario programmato ..... PAG. 28/38
Art. 13.4 - Second opinion ..... PAG. 29/38
Art. 13.5 - Informazioni sanitarie telefoniche ..... PAG. 29/38

Pacchetto opzionale - Cure dentarie
Art. 14 - Cure dentarie ..... PAG. 30/38
Art. 14.1 - Cure dentarie a seguito di Infortunio ..... PAG. 30/38
Art. 14.2 - Cure odontoiatriche ..... PAG. 30/38

Norme in caso di Sinistro Infortuni e Malattia
Art. 15 - Obblighi in caso di Sinistro ..... PAG. 32/38

Art. 16 - Modalità di pagamento: Grande Intervento Chirurgico e Rimborso Spese Mediche ....PAG. **32/38**
Art. 16.1 - Utilizzo di Istituti di cura ed équipe convenzionati: pagamento diretto.....PAG. **32/38**
Art. 16.2 - Utilizzo di Istituti di cura e/o équipe non convenzionati: pagamento indiretto.....PAG. **33/38**
Art. 16.3 - Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.....PAG. **34/38**
Art. 17 - Modalità di pagamento: Diaria.....PAG. **34/38**
Art. 18 - Modalità di pagamento: Spese extra Ricovero e Check-up.....PAG. **35/38**
Art. 18.1 - Spese Alta specializzazione, Diagnostica e Visite specialistiche.....PAG. **35/38**
Art. 18.2 - Check-up.....PAG. **35/38**
Art. 19 - Modalità di pagamento: Pacchetto opzionale Cure dentarie (pacchetto Base e pacchetto Top) .....PAG. **35/38**
Art. 19.1 - Come usufruire delle prestazioni Cure dentarie a seguito di Infortunio .....PAG. **35/38**
Art. 19.2 - Come usufruire delle altre prestazioni previste dal pacchetto Cure Dentarie .....PAG. **36/38**
Art. 20 - Unico Sinistro.....PAG. **36/38**
Art. 21 - Esonero denuncia altre assicurazioni.....PAG. **36/38**
Art. 22 - Valuta di pagamento .....PAG. **37/38**
Art. 23 - Collegio medico .....PAG. **37/38**

Norme in caso di Sinistro Assistenza
Art. 24 - Modalità di attivazione delle prestazioni.....PAG. **38/38**
Art. 24.1 - Modalità di attivazione della prestazione Second Opinion.....PAG. **38/38**

Moduli e Informative Accessorie
Elenco Grandi Interventi Chirurgici
Modelli Denuncia Sinistro
- **Modulo Richiesta utilizzo Network convenzionato**
- **Modello Denuncia Sinistro - Fuori Convenzione**
- **Modello Denuncia Sinistro - Diaria**

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'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.
Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

La Nota Informativa si articola nelle seguenti sezioni:

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO
C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI
Glossario

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

a) 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).
b) Sede legale e direzione generale in Viale Beethoven, 11 - 00144 Roma (Italia).
c) Recapito telefonico: 06.54.924.1 - fax: 06.54.924.203.
Sito internet: www.poste-assicura.it.
E-mail: infoclienti@poste-assicura.it.
Posta Elettronica Certificata (PEC): posteassicura@pec.poste-assicura.it.
d) Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2788 del 25 marzo 2010. Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione al n. 1.00174.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

I dati di seguito riportati si riferiscono all'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2016:

- il Patrimonio netto ammonta a 66,90 milioni di Euro, di cui 25,00 milioni di Euro di Capitale Sociale e 41,90 milioni di Euro di Riserve patrimoniali;
- l'indice di solvibilità risulta essere pari a 1,99. L'indice di solvibilità rappresenta il rapporto tra mezzi propri pari a 84,00 milioni di Euro e requisito di capitale richiesto dalla normativa vigente pari a 42,00 milioni di Euro.

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

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto ha durata annuale e si rinnova tacitamente di anno in anno nel rispetto dei limiti di età dell'Assicurato di cui all'art. 2.2 delle Condizioni di Assicurazione e con il massimo di quattro rinnovi consecutivi. Alla scadenza del quinto anno l'efficacia del presente contratto cessa senza obbligo di disdetta.

Avvertenza: alla scadenza del primo anno e per i successivi 4 anni di durata contrattuale, il Contraente e la Società hanno la facoltà di esercitare la disdetta dal contratto assicurativo con preavviso di almeno 30 giorni da ogni scadenza annuale. La disdetta comporta la cessazione dell'efficacia delle garanzie assicurative a far data dalla prima scadenza annuale successiva.

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

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

PosteProtezione Innova Salute Più offre copertura in caso di Infortunio o Malattia.
Il prodotto si compone di tre *Soluzioni* alternative predefinite in termini di limiti massimi di Indennizzo, Franchigie e Scoperti ed un pacchetto opzionale di Cure dentarie, dedicato alla copertura di spese per cure odontoiatriche rese necessarie da Infortunio o Malattia. Si intende quindi che alla sottoscrizione del contratto, il Contraente potrà acquistare solo una delle predette Soluzioni ed abbinare eventualmente il pacchetto Cure dentarie. La Soluzione prescelta, così come il pacchetto di Cure dentarie, eventualmente scelto, si intenderà applicabile a tutti gli Assicurati indicati nella stessa Polizza.

- ***Soluzione 1*** *Grandi Interventi Chirurgici:* garantisce il pagamento delle spese in caso di Grande Intervento

Chirurgico (come da *Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici* allegato al Fascicolo informativo).

- ***Soluzione 2** Diaria:* garantisce una Diaria a seguito di ricovero (Diaria da ricovero, Diaria da lungodegenza, Diaria da convalescenza e Diaria da gesso). Sono inoltre incluse le garanzie Alta specializzazione, Diagnostica e Visite specialistiche.
- ***Soluzione 3** Rimborso Spese Mediche:* garantisce l'Indennizzo delle spese sostenute in caso di Ricovero con o senza Intervento chirurgico (inclusi Day Hospital, Day Surgery o Intervento chirurgico ambulatoriale). Sono inoltre incluse le garanzie Alta specializzazione, Diagnostica e Visite specialistiche.
- ***Pacchetto Cure dentarie:*** oltre al rimborso delle spese in caso di cure necessarie a seguito di Infortunio, garantisce la copertura per spese odontoiatriche relative a prestazioni di Visita e igiene dentale, Conservativa, Radiologia, Chirurgia ed Endodonzia (queste ultime due sono oggetto di copertura solo se, nell'ambito del pacchetto Cure dentarie, viene prescelto il pacchetto "Cure dentarie Top").

Qualunque sia la *Soluzione* acquistata sono sempre operanti le garanzie *Check-up* (con costi per esami di controllo a carico della Società) e le prestazioni di *Assistenza*.

Si rinvia agli artt. 3, e dal 5 al 14 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, 2 e dal 5 al 14 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: le coperture prevedono la presenza di Franchigie, Scoperti e limiti massimi di Indennizzo.
Si rinvia agli artt. 3 e dal 5 al 14 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Per facilitare la comprensione da parte dell'Assicurato si riportano alcuni esempi numerici relativi al meccanismo di funzionamento di Franchigie, Scoperti e limiti massimi di Indennizzo.

Coperture	Evento Assicurato	Utilizzo di Strutture Mediche Convenzionate	Somma assicurata	Danno subito	Franchigia	Scoperto	Indennizzo
Soluzione 1 Grandi Interventi Chirurgici	**Tiroidectomia totale per neoplasie maligne**	SI	150.000,00 Euro	Spese per 125.000,00 Euro	2.000,00 Euro	Non previsto in Strutture Mediche Convenzionate	123.000,00 Euro
		NO			20% min. 2.000,00 Euro e max. 5.000,00 Euro	20% con il minimo di 2.000,00 Euro e il massimo di 5.000,00 Euro	120.000,00 Euro
Soluzione 2 Diaria	**Istituto di cura**	-	50,00 Euro per massimo 365 giorni	15 giorni	Non prevista	-	750,00 Euro
	Ingessatura	-	25,00 Euro per massimo 60 giorni (50% *Diaria da Ricovero*)	25 giorni	Non prevista	-	625,00 Euro
Soluzione 3 Rimborso Spese Mediche	**Ricostruzione legamenti ginocchio**	SI	150.000,00 Euro	12.500,00 Euro	2.000,00 Euro	Non previsto in Strutture Mediche Convenzionate	10.500,00 Euro
		NO			20% min. 2.000,00 Euro e max. 5.000,00 Euro	20% con il minimo di 2.000,00 Euro e il massimo di 5.000,00 Euro	10.000,00 Euro
Pacchetto Cure Dentarie	**Estrazione terzo molare**	SI	Nessun costo a carico dell'Assicurato	120,00 Euro	Non prevista	Non previsto	Nessun costo a carico dell'Assicurato
		NO	90,00 Euro				90,00 Euro

Avvertenza: le coperture sono prestate fino alla scadenza annuale successiva al compimento da parte dell'Assicurato del limite massimo di età di 75 anni. Si rinvia all'art. 2.2 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

4. **Periodi di Carenza contrattuali**
Avvertenza: sono presenti termini di Carenza durante i quali alcune garanzie non sono operanti.
Per maggiori dettagli si rinvia agli artt. 2.4 delle Condizioni di Assicurazione.

5. **Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Dichiarazione Buono Stato di Salute - Nullità**
Avvertenza: eventuali dichiarazioni false, inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare gravi conseguenze, ivi compresa la mancata corresponsione delle somme dovute. Gli effetti di tali dichiarazioni sono disciplinati (tra le altre disposizioni) dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, come specificato agli artt. 1.1 e 2.3 delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza: per la conclusione del presente contratto è prevista la sottoscrizione puntuale e veritiera della Dichiarazione di Buono Stato di Salute da parte dell'Assicurato.
Per maggiori dettagli si rinvia a quanto previsto nelle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza: ai contratti di assicurazione si applicano talune cause di nullità, ivi incluse quelle previste dal Codice Civile agli artt. 1895 e 1904. Restano comunque ferme le ulteriori ipotesi di nullità previste dalla legge.

6. **Aggravamento e diminuzione del rischio**
Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione a Poste Assicura di ogni aggravamento o diminuzione del rischio oggetto della presente Polizza ai sensi di quanto disposto agli artt. 1897 e 1898 del Codice Civile. Gli aggravamenti di rischio non noti o che, se conosciuti, non sarebbero stati accettati da Poste Assicura in quanto riconducibili a uno stato di non assicurabilità della persona possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
Per le modalità di comunicazione di ogni aggravamento o diminuzione del rischio si rimanda all'art. 4.2 delle Condizioni di Assicurazione.
Per le conseguenze derivanti dalla mancata comunicazione si rinvia agli artt. 1.7 e 2.3 delle Condizioni di Assicurazione.
Esempio: se nel corso del contratto si verifica una variazione della provincia di residenza di uno degli Assicurati, ne deve essere data comunicazione alla Società in quanto ciò può costituire aggravamento o diminuzione di rischio secondo quanto previsto all' art. 4.1 delle Condizioni di Assicurazione.
La variazione di residenza di uno o più Assicurati comporta la sostituzione di polizza come indicato all'art. 4.1 delle Condizioni di Assicurazione.

7. **Premi**
Il pagamento del Premio può essere effettuato con cadenza annuale (tramite addebito automatico sul conto BancoPosta o Libretto di Risparmio Postale, addebito mediante Carta Postamat, assegno circolare o bancario secondo le disposizioni di BancoPosta, contanti se il Premio annuo non supera i 750,00 Euro) oppure con cadenza mensile (tramite addebito automatico sul conto BancoPosta o sul Libretto di Risparmio Postale).
Il Premio è sempre determinato per una durata annuale ed è interamente dovuto dal Contraente, anche qualora sia stato convenuto il frazionamento mensile.
Per maggiori dettagli si rinvia all'art. 1.2 delle Condizioni di Assicurazione.
Avvertenza: la Società si riserva il diritto di applicare sconti in presenza di determinate condizioni tempo per tempo individuate. Sarà applicato uno sconto in caso di pagamento annuale del Premio.

8. **Adeguamento del Premio e delle somme assicurate**
I Premi dovuti sono soggetti ad adeguamento annuale in base all'età di ciascun Assicurato.
Si rinvia all'art. 1.3 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

9. **Diritto di recesso**
Avvertenza: il contratto non prevede il diritto di recesso, salvo quanto previsto agli artt. 1.3.1 e 2.3 delle Condizioni di Assicurazione.
Alla scadenza del primo anno e per i successivi 4 anni di durata contrattuale, il Contraente e la Società hanno la facoltà di esercitare la disdetta al fine di evitare che alla scadenza, il contratto si rinnovi automaticamente. La relativa comunicazione dovrà essere inviata mediante lettera raccomandata a/r almeno 30

giorni prima della scadenza contrattuale. Si rinvia all'art. 1.4 delle Condizioni di Assicurazione per i termini e le modalità di esercizio di tale diritto.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda secondo quanto previsto dall'art. 2952 del Codice Civile.
Restano fermi i termini per la denuncia del Sinistro o l'attivazione delle prestazioni di Assistenza indicati rispettivamente agli artt. da 15 a 19 e all'art. 24 delle Condizioni di Assicurazione.

11. Legge applicabile al contratto

Al contratto e ai criteri di liquidazione dei Sinistri sarà applicata la legge italiana e gli stessi saranno soggetti esclusivamente a essa.

12. Regime fiscale

Il contratto è soggetto a imposta sulle assicurazioni ai sensi della Legge n. 1216 del 29 Ottobre 1961 e successive modifiche e integrazioni.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri - Liquidazione dell'Indennizzo

Avvertenza: per momento di insorgenza del Sinistro deve intendersi: (i) in generale, il momento in cui viene accertato il fatto dannoso per il quale sia stata attivata la corrispondente garanzia; (ii) per l'Assistenza in particolare, la data di attivazione delle prestazioni.
Nel caso in cui la richiesta di variazione di uno o più elementi del contratto comporti la sostituzione dello stesso, così come disciplinato dall'art.4 delle Condizioni di Assicurazione, si precisa che, ove il sinistro denunciato dall'Assicurato si sia verificato durante il periodo di vigenza del presente contratto, lo stesso dovrà essere denunciato ed istruito in virtù di tutto quanto previsto dalle presenti Condizioni di Assicurazione.

Si considerano quale Unico Sinistro:
- più interventi nella stessa seduta;
- più interventi durante lo stesso periodo di Ricovero;
- ogni serie di accertamenti o prestazioni previste da una medesima prescrizione medica o per il medesimo Infortunio o Malattia.

Si precisa che nel caso in cui gli Interventi chirurgici effettuati abbiano limiti di Indennizzo diversi tra di loro, Poste Assicura liquiderà il Sinistro con riferimento alla somma assicurata più elevata.
Si rinvia all'art. 20 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: in caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono rispettare i termini e le modalità previsti agli artt. da 15 a 19 e 24 delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza: l'Impresa terrà a proprio carico le spese e gli oneri necessari per l'accertamento del danno e 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, nel periodo compreso tra il termine minimo di 5 giorni successivi alla denuncia di Sinistro e il termine massimo di 365 giorni dalla guarigione clinica.

Si rinvia agli artt. da 15 a 19 e 24 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle procedure liquidative e all'art. 23 delle Condizioni di Assicurazione per le procedure di liquidazione a seguito dell'intervento del Collegio Medico.

La mancata osservanza delle procedure liquidative può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.

Avvertenza: l'erogazione delle prestazioni di Assistenza è stata affidata a Inter Partner Assistance S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia) come specificato agli artt. 7, 10 e 13 delle Condizioni di Assicurazione.

14. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza: Poste Assicura si avvale per la gestione dei Sinistri della società Poste Welfare Servizi la quale

ha stipulato specifiche convenzioni con Istituti di cura, medici e dentisti; l'Assicurato potrà pertanto decidere di avvalersi di tale Network di Strutture Convenzionate seguendo la procedura indicata agli artt. da 16 a 19 delle Condizioni di Assicurazione. 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 Scoperto. Qualora l'Assicurato scelga di non avvalersi di Strutture Mediche Convenzionate, sulle spese sostenute sarà applicato uno Scoperto così come stabilito agli artt. 3, 5, 8, 11 e 14 delle Condizioni di Assicurazione.
La garanzia Check-up può essere utilizzata solo avvalendosi delle Strutture Mediche Convenzionate così come stabilito agli artt. 6, 9 e 12 delle Condizioni di Assicurazione.

L'elenco aggiornato delle Strutture Mediche Convenzionate è disponibile sul sito web della Società, www.poste-assicura.it. Contattando telefonicamente Poste Welfare Servizi, l'Assicurato potrà inoltre ottenere informazioni su tutti i medici convenzionati utilizzabili in ragione della specializzazione e della localizzazione territoriale richiesta.

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale e/o la gestione dei Sinistri dovranno essere inoltrati a Poste Assicura, a mezzo di apposita comunicazione scritta, indirizzata alla funzione aziendale incaricata dell'esame degli stessi di cui si riportano i recapiti:

Poste Assicura S.p.A.
Gestione Reclami
Viale Beethoven, 11
00144 Roma
Fax: 06.5492.4402

È anche possibile inoltrare un reclamo via e-mail all'indirizzo **reclami@poste-assicura.it**.
La funzione aziendale responsabile della gestione dei reclami è Customer Care.
Qualora l'evasione del reclamo richieda la comunicazione di dati personali, l'Impresa - in ossequio anche alle disposizioni di cui al Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR) - invierà risposta esclusivamente all'indirizzo dell'Assicurato indicato in Polizza.
Eventuali reclami afferenti le attività dell'intermediario Poste Italiane S.p.A. - Patrimonio Bancoposta devono essere presentati tramite apposita comunicazione scritta, indirizzata a:

Poste Italiane S.p.A., Patrimonio BancoPosta
Gestione Reclami
Viale Europa, 190
00144 Roma,
fax 06.5958.0160

È anche possibile inoltrare un reclamo via e-mail all'indirizzo di posta elettronica certificata:
reclami.bancoposta@pec.posteitaliane.it oppure è possibile presentare reclamo on line all'indirizzo https://www.poste.it/reclamo-servizi-bancoposta.html.
L'intermediario è tenuto a fornire riscontro al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
Qualora l'esponente intenda inoltrare un reclamo direttamente all'IVASS oppure non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà utilizzare il modello per la presentazione del reclamo all'IVASS disponibile sul sito di Poste Assicura S.p.A., corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa e inviarlo a:

IVASS
Servizio Tutela del Consumatore
Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma
Fax: 06.4213.3206

È inoltre a disposizione del Contraente il sito internet www.poste-assicura.it per eventuali consultazioni e per informazioni concernenti alla procedura di gestione dei reclami, le indicazioni relative alle modalità di presentazione degli stessi, alla tempistica di risposta, alla funzione aziendale incaricata dell'esame dei Reclami, con i relativi recapiti.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o attivare direttamente il

sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_en.htm).
In relazione a tutte le controversie che dovessero insorgere, relative o comunque connesse anche indirettamente al presente contratto, permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del procedimento di mediazione di cui al D.lgs. n. 28/2010 (modificato dal D.L. n. 69/2013, convertito con modificazioni in Legge n. 98/2013) nei casi previsti dalla legge o se voluta dalle parti.
Peraltro, in caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS oppure ricorrere alla procedura di mediazione sopra menzionata per i cui aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 1.5 delle Condizioni di Assicurazione.

16. Arbitrato

Avvertenza: si richiama l'attenzione del Contraente e dell'Assicurato, o dei suoi aventi causa, sulla facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, salvo diverse disposizioni di legge, anche nei casi in cui la gestione delle controversie sia demandata ad arbitrati.
Si rinvia agli artt. 1.5 e 23 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

17. Conflitto di interesse

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla circostanza che il soggetto distributore del contratto, Poste Italiane S.p.A. - Patrimonio BancoPosta, ha un proprio interesse alla promozione ed alla distribuzione del contratto stesso, sia in virtù dei suoi rapporti di gruppo con Poste Assicura, sia perché percepisce, quale compenso per l'attività di distribuzione del contratto tramite la rete degli uffici postali, parte delle commissioni che Poste Assicura trattiene dal Premio versato.

Inoltre, si rilevano potenziali situazioni di conflitto di interesse che potrebbero scaturire da rapporti con:
- BancoPosta Fondi S.p.A. SGR, Società di gestione interamente controllata dalla capogruppo Poste Italiane S.p.A. - Patrimonio BancoPosta in merito alla gestione delle attività a copertura delle riserve tecniche che rappresentano gli obblighi nei confronti degli Assicurati;
- Poste Welfare Servizi S.R.L., Società interamente controllata dalla capogruppo assicurativa Poste Vita S.p.A. per la gestione e liquidazione dei sinistri in relazione, laddove richiamato, alle coperture sanitarie previste dal presente fascicolo.

Poste Assicura è dotata di adeguate procedure che prevedono il monitoraggio e gestione di potenziali situazioni di conflitti di interesse che potrebbero insorgere con l'Assicurato e che potrebbero derivare dai rapporti con i soggetti sopra indicati.

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

Roberto Manzato
Rappresentante legale
In virtù di procura speciale
Poste Assicura S.p.A.

Glossario

Assicurato: la persona fisica il cui interesse è protetto dall'assicurazione, residente e domiciliato in Italia, Repubblica di San Marino o Città del Vaticano.

Carenza: il periodo iniziale dalla data di decorrenza della copertura durante il quale le garanzie non sono operanti e pertanto un eventuale Sinistro non è indennizzato da Poste Assicura.

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

Centro medico: la struttura, anche non adibita al Ricovero, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche e che non sia finalizzata a trattamenti di natura estetica.

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

Contraente: la persona fisica o giuridica, che può coincidere con l'Assicurato, che sottoscrive il contratto di assicurazione e si impegna al pagamento del Premio nei confronti di Poste Assicura.

Day Hospital: la degenza esclusivamente diurna in Istituto di cura documentata da Cartella clinica. Non è considerato Day Hospital la permanenza in un Istituto di cura presso il Pronto Soccorso. È escluso il Day Hospital diagnostico, salvo i casi in cui sia stata attivata la Soluzione 3 e il Day Hospital sia direttamente connesso con un Ricovero o con un Intervento chirurgico, anche ambulatoriale, indennizzabili a termini di Polizza ed effettuato entro i 90 giorni precedenti o i 120 giorni successivi al medesimo Ricovero o Intervento chirurgico. Inoltre sono incluse Visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici effettuati in regime di Day Hospital con riferimento alla Soluzione 2 e alla Soluzione 3, sempre entro i termini ed i limiti previsti da tali garanzie.

Day Surgery: la degenza in Istituto di cura esclusivamente diurna comportante Intervento chirurgico documentata da Cartella clinica.

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

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

Europa geografica: i territori dei seguenti Stati: 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 con l'Assicurato da vincoli di parentela o di affinità fino al quarto grado, oppure la persona con lui stabilmente convivente come risultante dallo stato di famiglia rilasciato dal Comune alla data in cui si richiedono le prestazioni.

Franchigia: per le garanzie che rimborsano le spese a carico dell'Assicurato, è la somma determinata in misura fissa, dedotta dall'Indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato. Per le garanzie che prevedono un'indennità giornaliera, corrisponde al numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.

Grande Intervento Chirurgico: l'Intervento chirurgico rientrante nell'Elenco Grandi Interventi Chirurgici allegato al presente Fascicolo Informativo.

Indennizzo: la somma dovuta da Poste Assicura in caso di Sinistro.

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

Ingessatura: il mezzo di contenzione costituito da fasce, docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente da Istituti di cura o da personale medico e pertanto non amovibile autonomamente dall'Assicurato.

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.

Intervento chirurgico ambulatoriale: l'Intervento chirurgico eseguito senza Ricovero che per la tipologia dell'atto non richieda la permanenza in osservazione nel post-Intervento.

Istituto di cura: ogni ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Si intendono inclusi gli ambulatori ovvero le strutture o centri medici autorizzati a erogare prestazioni medico-chirurgiche, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale. Sono in ogni caso esclusi gli stabilimenti termali, case di convalescenza o lungo degenza, di soggiorno o di riposo per la cura di anziani o malati cronici, nonché le strutture preposte all'erogazione di cure palliative o che effettuino terapie del dolore, le cliniche della salute, le cliniche 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** deve intendersi 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.

Malattia mentale: tutte le patologie mentali e del comportamento (quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, etc.) ricomprese nel capitolo V della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).

Malattie Oncologiche: le neoplasie maligne a carattere invasivo comprovate da referto istopatologico; i tumori dell'encefalo e degli altri organi del sistema nervoso centrale; le neoplasie linfomieloproliferative del sangue o del midollo emopoietico.

Malformazione / Difetto fisico: la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite o acquisite durante lo sviluppo fisiologico.

Medicina alternativa o complementare / Medicina non ufficiale: le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica.

Piano di cura: l'insieme di prestazioni odontoiatriche ritenute necessarie dal medico dentista per il raggiungimento di un buono stato di salute dei denti.
Polizza: il documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.

Poste Welfare Servizi: società di cui si avvale Poste Assicura preposta al convenzionamento del Network sanitario.

Premio: la somma dovuta dal Contraente a Poste Assicura ai sensi del presente contratto di assicurazione.

Rette di degenza: il trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.

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

Scheda anamnestica dentaria: documento redatto dal dentista che descrive lo stato dell'apparato masticatorio dell'Assicurato.

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

Second Opinion: il parere medico complementare da parte di uno specialista, con eventuali indicazioni diagnostiche o terapeutiche suppletive.

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

Società / Impresa: Poste Assicura ("Poste Assicura").

Strutture Mediche Convenzionate (Network): l'insieme degli Istituti di cura, ambulatori medici, centri diagnostici, centri odontoiatrici, dentisti, équipe e medici convenzionati con Poste Welfare Servizi che forniscono le prestazioni all'Assicurato, il cui costo viene sostenuto da Poste Assicura S.p.A., in nome e per conto dell'Assicurato medesimo ("pagamento diretto"), nei limiti ed in conformità a quanto previsto ai sensi di Polizza.

Strutture Mediche non Convenzionate: l'insieme degli Istituti di cura, ambulatori medici, centri diagnostici, centri odontoiatrici, dentisti, équipe e medici non convenzionati con Poste Welfare Servizi che forniscono le prestazioni all'Assicurato.

Struttura Organizzativa: il complesso di responsabili, personale, sistemi informativi, attrezzature, presidi o dotazioni centralizzati o meno e la rete di fornitori esterni convenzionati di Inter Partner Assistance S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia), in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede per conto di Poste Assicura S.p.A. a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare le prestazioni di *Assistenza*.

Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi: le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate e fatturate esclusivamente presso Istituti di Cura, Centri Medici e medici specialisti regolarmente iscritti all'Albo, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili a termine di Polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica. Ogni ciclo di Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.

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

Condizioni di Assicurazione

Art. 1 - Informazioni generali

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché l'annullamento dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile come meglio specificato agli artt. 1.3, 1.7 e dal 2.1 al 2.3 delle Condizioni di Assicurazione.

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 dal Contraente.
Fatte salve eventuali campagne commerciali, 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 qualora ne sia stato convenuto il frazionamento mensile.

Il pagamento del Premio può essere effettuato con le seguenti modalità:
1) *primo Premio all'atto dell'emissione e in caso di frazionamento annuale:*
   a) addebito automatico sul conto BancoPosta o Libretto di Risparmio Postale del Contraente;
   b) addebito mediante Carta Postamat;
   c) assegno circolare o bancario secondo le disposizioni di BancoPosta (solo se scelto il frazionamento annuale);
   d) in contanti, qualora l'ammontare del Premio annuo non ecceda il limite di 750,00 Euro.
2) *frazionamento mensile per rate successive al Premio all'atto dell'emissione:*
   a) addebito automatico sul conto BancoPosta o Libretto di Risparmio Postale del Contraente.

Si precisa che in caso di pagamento tramite addebito automatico sul conto BancoPosta o Libretto di Risparmio Postale, l'importo del Premio o della rata di Premio deve essere reso disponibile a partire dalle ore 24.00 del giorno precedente la scadenza della suddetta rata.

Nel caso sia stata scelta la modalità di pagamento tramite assegno, questo viene accettato con riserva di verifica e salvo buon fine del versamento del titolo. È fatto salvo, qualora il pagamento dell'importo indicato nell'assegno non vada a buon fine, il disposto di cui all'art 1901 del Codice Civile che disciplina il caso del mancato pagamento del Premio.
L'assegno, sia esso circolare o bancario, deve essere intestato a Poste Assicura S.p.A. e munito della clausola di non trasferibilità. Gli assegni circolari per importo inferiore a quello stabilito dalla normativa antiriciclaggio, possono essere intestati al Contraente della Polizza e girati a Poste Assicura S.p.A., apponendo alla girata la clausola di non trasferibilità.

Nel caso in cui, successivamente alla stipula, il Contraente chieda di variare il metodo di pagamento del Premio prescelto all'atto della sottoscrizione, scegliendo una delle altre modalità sopra riportate, potrà recarsi presso qualsiasi Ufficio Postale entro 15 giorni antecedenti la scadenza della rata.
Laddove, in corso di contratto, si desideri variare la periodicità di pagamento del Premio, si rimanda a quanto indicato all'art. 4.1 delle Condizioni di Assicurazione.

In caso di mancato pagamento del Premio o delle rate successive di Premio, secondo le modalità sopra indicate, la copertura assicurativa oggetto del presente contratto sarà automaticamente sospesa dalle ore 24:00 del 30° giorno successivo alla scadenza dell'ultima rata di Premio non pagata. Il pagamento del Premio o delle rate di Premio non corrisposte potrà avvenire presso l'Ufficio Postale prima che si sia verificata la risoluzione di diritto del contratto; la riattivazione avrà efficacia dalle ore 24:00 del giorno di pagamento (del Premio o delle rate di Premio non corrisposte) e, in tal caso, rimarranno ferme le successive scadenze di pagamento.
Il contratto di assicurazione si risolve di diritto se Poste Assicura S.p.A. non agisce per la riscossione del Premio o delle rate di Premio insolute nel termine di sei mesi dal giorno in cui il Premio o la rata di Premio è scaduta, fermo il diritto di Poste Assicura S.p.A. al Premio di assicurazione in corso e al rimborso delle spese.

Art. 1.3 - Adeguamento del Premio

Il Premio annuale previsto per ciascun Assicurato viene adeguato, ad eccezione di quello per le prestazioni di *Assistenza,* ad ogni ricorrenza annuale di Polizza sulla base dell'età raggiunta da parte dell'Assicurato. Tale

adeguamento è predeterminato secondo coefficienti differenziati per tipologia di garanzie acquistate e si applica al valore cui il Premio ammontava alla ricorrenza annuale antecedente, secondo quanto indicato nella seguente *Tabella - Coefficienti di incremento annuo del Premio per età.*
Resta salva la facoltà di disdetta di cui all'art.1.4 delle Condizioni di Assicurazione.
Il Contraente è tenuto a verificare l'esattezza dei dati anagrafici indicati in Polizza, in particolare ad informarsi sull'età degli Assicurati, in considerazione dell'incidenza di tali fattori sui Premi annui dovuti a Poste Assicura.

Tabella - Coefficienti di incremento annuo del Premio per età

Età Assicurato	*Grande Intervento Chirurgico/ Rimborso/ Diaria*	*Altre garanzie*	*Check-up*
0 annI	-	-	-
1 anno	-	3,00%	-
2 anni	-	3,00%	-
3 anni	-	3,00%	-
4 anni	-	3,00%	-
5 anni	-	3,00%	-
6 anni	-	3,00%	-
7 anni	-	3,00%	-
8 anni	-	3,00%	-
9 anni	-	3,00%	-
10 anni	-	3,00%	-
11 anni	-	3,00%	-
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%	

Età Assicurato	Grande Intervento Chirurgico/ Rimborso/ Diaria	Altre garanzie	Check-up
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%	
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%	

Art. 1.3.1 - Revisione del Premio

La Società si riserva la facoltà di variare il Premio relativo all'anno successivo di Polizza, sempre che non sia stata esercitata la disdetta ai sensi del successivo art. 1.4, qualora si verificassero significative e obiettive variazioni nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN), per tali intendendosi a titolo esemplificativo ma non esaustivo: riduzione delle prestazioni erogate per Ricoveri, Interventi chirurgici, visite o esami, introduzione di ticket superiori a

250,0 0 Euro per Ricoveri e/o Interventi chirurgici, aumenti dell'importo medio dei ticket per un valore superiore al 50% rispetto al prezzo previsto al momento della stipula del contratto. Il nuovo Premio sarà comunicato al Contraente con un preavviso di almeno 90 giorni rispetto alla data di scadenza annua di Polizza. Qualora non voglia accettare il nuovo Premio proposto, il Contraente avrà il diritto di recedere dal contratto inviando a Poste Assicura una lettera raccomandata a/r secondo le modalità indicate al successivo art. 1.4.
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
Il contratto di assicurazione ha durata annuale e prevede il tacito rinnovo.
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 nel rispetto dei limiti di età dell'Assicurato di cui all'art. 2.2 delle Condizioni di Assicurazione.

Alla scadenza del quinto anno, il contratto cessa senza obbligo di disdetta; qualora si intenda proseguire la copertura, sarà necessario recarsi presso l'Ufficio Postale per sottoscrivere una nuova Polizza con applicazione della tariffa e delle condizioni contrattuali in vigore in quel momento.
La disdetta esercitata dal Contraente potrà:
- essere inviata mediante lettera raccomandata a/r e spedita almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale a:

Poste Assicura S.p.A.
Ufficio Portafoglio
Viale Beethoven, 11
00144 - Roma

- essere presentata mediante richiesta scritta presso l'Ufficio Postale di emissione, fermo restando il termine di preavviso di 30 giorni dalla scadenza contrattuale.

In caso di disdetta regolarmente esercitata dal Contraente o dalla Società, le garanzie assicurative relative al presente contratto cesseranno alla scadenza annuale indicata in Polizza.
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 procedimento di mediazione
Ogni controversia relativa al presente contratto è soggetta alla giurisdizione italiana e per le stesse è competente l'Autorità Giudiziaria del Comune di residenza dell'Assicurato o degli aventi diritto previo esperimento del procedimento di mediazione di cui al D.lgs. n. 28/2010 (modificato dal D.L. n. 69/2013 convertito con modificazioni in Legge n. 98/2013).

Art. 1.6 - Modifiche del contratto di assicurazione
Le eventuali modifiche del contratto devono essere provate per iscritto. Per maggiori dettagli si rinvia all'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 1.7 - Aggravamento e diminuzione del rischio
Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione a Poste Assicura di ogni aggravamento o diminuzione del rischio oggetto della presente Polizza ai sensi di quanto disposto agli artt. 1897 e 1898 del Codice Civile.
Gli aggravamenti di rischio non noti o che, se conosciuti, non sarebbero stati accettati dalla Società in quanto riconducibili a uno stato di non assicurabilità della persona possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
Per le modalità di comunicazione di ogni aggravamento o diminuzione del rischio si rimanda all'art. 4.2 delle Condizioni di Assicurazione.
Per le conseguenze derivanti dalla mancata comunicazione si rinvia all'art. 2.3 delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 1.8 - Oneri fiscali
Gli oneri fiscali relativi al contratto di assicurazione sono a carico del Contraente. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati.

Art. 1.9 - 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. 1.10 - Prescrizione
I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, secondo quanto disposto dall'art. 2952 del Codice Civile.

Art. 1.11 - Rinuncia al diritto di surroga
L'Impresa rinuncia - salvo il caso di dolo - al diritto di surroga per le somme pagate, di cui all'art. 1916 del Codice Civile, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'Infortunio o della Malattia.

Art. 1.12 - Reclami
Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale e/o la gestione dei Sinistri dovranno essere inoltrati a Poste Assicura, a mezzo di apposita comunicazione scritta, indirizzata alla funzione aziendale incaricata dell'esame degli stessi di cui si riportano i recapiti:

Poste Assicura S.p.A.
Gestione Reclami
Viale Beethoven, 11
00144 Roma
Fax: 06.5492.4402

È anche possibile inoltrare un reclamo via e-mail all'indirizzo **reclami@poste-assicura.it**.
La funzione aziendale responsabile della gestione dei reclami è Customer Care.
Qualora l'evasione del reclamo richieda la comunicazione di dati personali, l'Impresa - in ossequio anche alle disposizioni di cui al Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR) - invierà risposta esclusivamente all'indirizzo dell'Assicurato indicato in Polizza.
Eventuali reclami afferenti le attività dell'intermediario Poste Italiane S.p.A. - Patrimonio Bancoposta devono essere presentati tramite apposita comunicazione scritta, indirizzata a:

Poste Italiane S.p.A., Patrimonio BancoPosta
Gestione Reclami
Viale Europa, 190
00144 Roma,
fax 06.5958.0160

È anche possibile inoltrare un reclamo via e-mail all'indirizzo di posta elettronica certificata:
reclami.bancoposta@pec.posteitaliane.it oppure è possibile presentare reclamo on line all'indirizzo https://www.poste.it/reclamo-servizi-bancoposta.html.
L'intermediario è tenuto a fornire riscontro al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
Qualora l'esponente intenda inoltrare un reclamo direttamente all'IVASS oppure non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà utilizzare il modello per la presentazione del reclamo all'IVASS disponibile sul sito di Poste Assicura, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa e inviarlo a:

IVASS
Servizio Tutela del Consumatore
Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma
Fax:06. 4213.3206

È inoltre a disposizione del Contraente il sito internet www.poste-assicura.it per eventuali consultazioni e per informazioni concernenti alla procedura di gestione dei reclami, le indicazioni relative alle modalità di presentazione degli stessi, alla tempistica di risposta, alla funzione aziendale incaricata dell'esame dei Reclami, con i relativi recapiti.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o attivare direttamente il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_en.htm).
In relazione a tutte le controversie che dovessero insorgere, relative o comunque connesse anche indirettamente al presente contratto, permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del procedimento di mediazione di cui al D.lgs. n. 28/2010 (modificato dal D.L. n. 69/2013, convertito con modificazioni

in Legge n. 98/2013) nei casi previsti dalla legge o se voluta dalle parti.
Peraltro, in caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS oppure ricorrere alla procedura di mediazione sopra menzionata per i cui aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 1.5 delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 2 - Precisazioni e delimitazioni dell'assicurazione

Art. 2.1 - Persone assicurate
L'assicurazione copre le persone fisiche esplicitamente indicate in Polizza nei limiti previsti dalla *Soluzione* prescelta e dal pacchetto Cure dentarie, ove sottoscritto, nel numero massimo di 4 Assicurati per ciascuna Polizza purché residenti e domiciliati in Italia, nella Repubblica di San Marino o nella Città del Vaticano. La Soluzione prescelta e il pacchetto Cure dentarie, ove sottoscritto, saranno applicati a tutti gli Assicurati indicati in Polizza.

È requisito fondamentale, per l'attivazione delle garanzie, che ciascun Assicurato abbia debitamente sottoscritto la Dichiarazione di Buono Stato di Salute anteriormente alla data di stipula della Polizza.

Art. 2.2 - Limiti di età
Sono assicurabili le persone fisiche di età non superiore ai 74 anni all'atto della sottoscrizione, ossia che non abbiano ancora compiuto i 75 anni. Si precisa che non è possibile assicurare esclusivamente soggetti di età inferiore a 11 anni.
La copertura assicurativa rimarrà efficace in relazione a ciascun Assicurato, ferme restando le ipotesi di scioglimento dell'assicurazione ai sensi di legge e del presente contratto, fino alla prima scadenza annuale successiva al compimento del 75° anno di età. Il Contraente avrà in ogni caso la facoltà di sostituire tale Assicurato ai sensi dell'art. 4.1 delle Condizioni di Assicurazione e fermo il limite di 4 soggetti assicurabili per singolo contratto e ferma la non assicurabilità di soli soggetti di età inferiore a 11 anni.
Qualora la copertura assicurativa interessi più Assicurati e uno (o più di uno) di essi raggiunga il limite di età sopra riportato, dopo la prima scadenza annuale successiva al compimento del 75° anno, le garanzie rimarranno in vigore per gli altri soggetti assicurati la cui età non superi il suddetto limite.

Art. 2.3 - Persone non assicurabili
Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione del pregresso o attuale stato di salute, le persone che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV.
Il Contraente è pertanto tenuto ad informarsi sulla sussistenza dello stato di assicurabilità degli Assicurati e solo a seguito di tale approfondito controllo potrà sottoscrivere la Polizza. Il controllo preventivo sullo stato di assicurabilità dovrà essere inoltre effettuato dal Contraente all'atto della sostituzione della Polizza a seguito della richiesta di inclusione di nuovi Assicurati, prevista dall'art. 4.1 delle Condizioni di Assicurazione.
Premesso che Poste Assicura 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. 4.1 delle Condizioni di Assicurazione) - era affetto, ovvero era stato affetto, da anche solo una delle patologie sopra elencate, il presente contratto dovrà considerarsi annullabile ai sensi dell'art. 1892 del Codice Civile e i Sinistri nel frattempo verificatisi non indennizzabili qualora dovessero emergere a tal riguardo delle dichiarazioni inesatte o non veritiere effettuate con dolo o colpa grave da parte del Contraente. In tal caso, Poste Assicura avrà diritto alla quota di Premio relativa al periodo di assicurazione in corso fino al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al Premio convenuto per il primo anno di Polizza. Ad ogni modo, se la copertura assicurativa riguarda più Assicurati, il presente contratto sarà valido per quegli Assicurati ai quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza del Contraente, fermi i limiti previsti all'art. 2.2 delle Condizioni di Assicurazione.
Infine, laddove nel corso del contratto si manifestassero nell'Assicurato una o più di tali affezioni o Malattie non assicurabili, il Contraente e/o il relativo Assicurato sono tenuti a comunicarlo per iscritto a Poste Assicura, in quanto tale fattispecie costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito alla stipula dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile. Di conseguenza, Poste Assicura potrà, limitatamente all'Assicurato colpito dalle menzionate affezioni o Malattie, recedere dal contratto con effetto immediato, dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro 30 giorni dalla ricezione dell'avviso o dal momento in cui ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio e i Sinistri verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie non saranno indennizzabili ai sensi di quanto previsto dall'art. 1898 del Codice Civile. In tal caso, spetteranno a Poste Assicura i Premi relativi al periodo di assicurazione in corso fino al momento in cui è stata comunicata la dichiarazione di recesso.

Art. 2.4 - Efficacia delle garanzie - Termini di Carenza
Le garanzie decorrono:

1) per gli Infortuni e per le prestazioni di Assistenza, dalle ore 24:00 del giorno di efficacia del contratto;
2) per le Malattie, dalle ore 24:00 del 30° giorno successivo a quello di efficacia del contratto;
3) per le Malattie o gli esiti di Infortuni non conosciuti o diagnosticati all'Assicurato alla data di stipula del contratto ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente a tale data, dalle ore 24:00 del 180° giorno successivo a quello di efficacia del contratto;
4) per parto naturale o cesareo, dalle ore 24:00 del 300° giorno successivo a quello di efficacia del contratto;
5) per aborti o per Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, dalle ore 24:00 del 30° giorno successivo a quello di efficacia del contratto, sempreché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di stipula del contratto;
6) per le cure dentarie a seguito di Infortunio di cui all'art. 14.1 delle Condizioni di Assicurazione, dalle ore 24:00 del giorno di efficacia del contratto;
7) per le cure dentarie di cui all'art. 14.2 delle Condizioni di Assicurazione, dalle ore 24:00 del 90° giorno successivo a quello di efficacia del contratto, salvo quanto diversamente indicato per ciascuna prestazione.

Qualora il presente contratto sostituisca un altro contratto emesso da Poste Assicura e tra i due non vi sia soluzione di continuità ovvero senza alcuna interruzione della copertura assicurativa, i termini di Carenza di cui sopra operano:
a) dal giorno di efficacia del precedente contratto sostituito, per le garanzie e le somme in esso già previste;
b) dal giorno di efficacia del presente contratto, limitatamente alle diverse garanzie e/o alle maggiori somme da quest'ultimo previste e non presenti o non coincidenti con il precedente contratto sostituito.

Analogamente in caso di variazioni intervenute nel corso della presente Polizza, il termine di Carenza decorre dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse prestazioni.
Si precisa che per ciascun Assicurato, i termini di Carenza avranno effetto a decorrere dalla data di inserimento in copertura dell'Assicurato stesso ai sensi del successivo art. 4.1 delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 2.5 - Estensione territoriale
La Polizza copre i Sinistri verificatisi nel mondo intero.

Art. 2.6 - Esclusioni
L'assicurazione non sarà operante nei seguenti casi.

Art. 2.6.1 - Esclusioni Infortuni e Malattia
Ferme le fattispecie di non assicurabilità di cui all'art. 2.3, sono esclusi dall'assicurazione:
1) gli Infortuni conseguenti a:
   a) azioni commesse dall'Assicurato stesso con dolo, autolesionismo o suicidio, tentato o consumato, atti di pura temerarietà, reati;
   b) uso di aeromobili in genere (ad eccezione di quelli abilitati al trasporto pubblico di linea), di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendii, etc.) e sport aerei in genere;
   c) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato, compiuti 18 anni, non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni; sono tuttavia compresi in garanzia gli Infortuni subiti dall'Assicurato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che lo stesso rinnovi il documento entro 3 mesi; l'assicurazione è altresì operante se il mancato rinnovo è conseguenza esclusiva e diretta dei postumi del Sinistro stesso;
   d) collaudo di qualsiasi mezzo di trasporto, sia pubblico che privato;
   e) pratica, a qualunque titolo, di sport motoristici (quali automobilismo, motociclismo e motonautica) oppure di sport che prevedano la partecipazione dell'Assicurato a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
   f) sport professionistici ovvero tutti gli sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, o che comunque comportino una qualsiasi forma di remunerazione sia diretta che indiretta;
   g) pratica, a qualunque titolo, di sport estremi quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, paracadutismo o skydiving, salto con l'elastico (bungee jumping), sci e snowboard estremi ed acrobatici, freestyle ski, helisnow, airboarding, kitewings, base jumping, canyoning o torrentismo, arrampicata libera (free climbing) e altre discipline assimilabili a sport estremi;
   h) pratica, a qualunque titolo, dei seguenti sport pericolosi: sci d'alpinismo (intendendosi come tale anche lo sci fuoripista e lo snowboard fuori pista), salto dal trampolino con sci e idrosci, bob o skeleton e simili, atletica pesante, sollevamento pesi, lotta nelle sue varie forme incluso il pugilato, arti marziali in genere, rugby, football americano, hockey a rotelle e su ghiaccio, scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala U.I.A.A., discese su rapide di fiumi e torrenti con qualsiasi mezzo inclusi rafting, hydrospeed

e canoa, speleologia e immersioni con autorespiratore;

2) le conseguenze di stati invalidanti, Infortuni e Malattie in genere conosciuti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'assicurazione e sottaciuti con dolo o colpa grave;
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 180 giorni di efficacia della Polizza;
4) le Malattie mentali o del sistema nervoso, le psicopatie in genere, le Malattie nevrotiche, incluse le sindromi ansiose o depressive, i disturbi schizofrenici, paranoidi e affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), le sindromi e i disturbi mentali organici;
5) la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le patologie correlate alla infezione da HIV;
6) le cure odontoiatriche di qualsiasi tipo, salvo che sia stato attivato il pacchetto Cure dentarie;
7) relativamente al pacchetto Cure dentarie, l'estrazione dei denti decidui;
8) le cure del sonno, le cure e terapie cellulo-tissutali;
9) le cure e le pratiche fitoterapiche, idropiniche e termali in genere, salvo quanto espressamente previsto al punto C. dell'art. 5.1 e 11.1 delle Condizioni di Assicurazione;
10) i trattamenti specialistici e i Trattamenti fisioterapici in genere sostenuti prima dell'Intervento chirurgico, salvo quanto diversamente previsto ai punti A e D dell'art. 5.1 e 11.1 delle Condizioni di Assicurazione;
11) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e della data di insorgenza; le prestazioni di controllo e di medicina preventiva, salvo quanto previsto agli artt. 6, 9 e 12 delle Condizioni di Assicurazione;
12) i trattamenti di emodialisi, gli esami termografici; le iniezioni sclerosanti salvo quanto diversamente previsto nelle Condizioni di Assicurazione;
13) i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di terapie di Medicina alternativa o complementare o di Medicina non ufficiale;
14) le prestazioni, le applicazioni, le cure e gli interventi aventi finalità estetiche; gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva, salvo quelli resi necessari da Infortunio o Malattia tumorale effettuati nei 360 giorni successivi all'Intervento chirurgico demolitivo;
15) le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio miopia, astigmatismo, presbiopia, ipermetropia) e in ogni caso le spese per lenti da vista, lenti a contatto e montature di occhiali;
16) l'eliminazione o correzione di Malformazione o Difetti fisici preesistenti e le alterazioni da esse determinate o derivate, salvo quanto espressamente previsto per i neonati entro i 6 mesi dalla nascita al punto F. dell'art. 11.1 delle Condizioni di Assicurazione;
17) gli Interventi Chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
18) l'aborto volontario non terapeutico;
19) la fecondazione assistita e artificiale, nonché le prestazioni per la diagnosi e la cura della sterilità, infertilità e dell'impotenza;
20) i Ricoveri senza Intervento chirurgico avvenuti al fine di effettuare Visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
21) i Day Hospital avvenuti al fine di effettuare Visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici, anche praticati chirurgicamente, che per la loro natura possono essere effettuati anche in ambulatorio, senza recare pregiudizio alla salute del paziente;
22) i Ricoveri per lungodegenza quando le degenze e 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; gli interventi qualificabili come cure palliative e/o terapie del dolore; i Ricoveri in istituti o reparti specializzati per le cure geriatriche o terapie di lungodegenza;
23) i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria da questi disturbi, gli interventi di Chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
24) le conseguenze per abuso di alcolici, farmaci, psicofarmaci e uso di sostanze stupefacenti e allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
25) 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 utilizzate per terapie mediche;
26) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, trombe d'aria, maremoti, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
27) le conseguenze di guerre anche non dichiarate, insurrezioni generali, operazioni e occupazioni militari e invasioni, atti terroristici;
28) tutti i trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia e Infortunio;
29) le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non

iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
30) le prestazioni non espressamente specificate nelle singole garanzie e nei relativi allegati.

Art. 2.6.2 - Esclusioni Assistenza

Oltre a quanto previsto dalle Esclusioni Infortuni e Malattia, per le prestazioni di Assistenza sono inoltre previste le limitazioni aggiuntive che seguono.

1) Poste Assicura non riconosce, e pertanto non rimborsa, spese per interventi di assistenza non autorizzati preventivamente dalla Struttura Organizzativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società.
2) Poste Assicura non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.
3) Le prestazioni non sono fornite:
   a. per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
   b. per i viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici;
   c. 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;
   d. per le conseguenze e/o eventi derivanti da patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate da OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile.

Le Soluzioni e il pacchetto opzionale “Cure dentarie”

Art. 3 - Descrizione delle garanzie previste

Il presente prodotto assicurativo si compone di tre differenti *Soluzioni* alternative:
- ***Soluzione 1**: Grandi Interventi chirurgici*
- ***Soluzione 2**: Diaria*
- ***Soluzione 3**: Rimborso Spese Mediche*

Per qualsiasi *Soluzione* acquistata, sono sempre operanti le garanzie *Check-up* e *Assistenza.*

Alla sottoscrizione del contratto, il Contraente potrà acquistare solo una delle predette Soluzioni alternative.

In aggiunta alla Soluzione prescelta, il Contraente potrà sottoscrivere il pacchetto opzionale ***Cure dentarie***, dedicato alla copertura di spese per cure odontoiatriche rese necessarie da Infortunio o Malattia.
Sottoscrivendo il pacchetto opzionale Cure dentarie, il Contraente potrà decidere se optare per i piani “Base” o “Top”, che prevedono livelli crescenti di copertura. Si rinvia all’art. 14 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
La Soluzione prescelta, così come il pacchetto di Cure dentarie qualora sottoscritto, si intenderà applicabile a tutti gli Assicurati indicati nella stessa Polizza.

Nelle tabelle seguenti, per ciascuna Soluzione e per il Pacchetto Cure dentarie sono riepilogate le garanzie operanti, i limiti di Indennizzo e la Franchigia e gli Scoperti ove previsti. Si rimanda agli artt. 5, 8, 11 e 14 delle Condizioni di Assicurazione per maggior dettaglio.
Per ciascuna garanzia il livello di copertura varia anche in funzione dell’utilizzo o meno di Strutture Mediche Convenzionate con il network di Poste Welfare Servizi.

***Soluzione 1**: Grandi Interventi chirurgici*

	RIMBORSO SPESE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI		INDENNITÀ SOSTITUTIVA	CHECK UP	ASSISTENZA
	Dentro network	**Fuori network**	**Servizio Sanitario Nazionale**	**Dentro network**	**Fornita da IPA**
Somma assicurata (per persona e anno)	150.000,00 Euro		100,00 Euro/giorno per massimo 100 giorni	1 volta l’anno per Assicurato (nei limiti previsti dalle Condizioni di assicurazione)	Sempre operante (nei limiti previsti dalle Condizioni di assicurazione)
Franchigia e/o Scoperto (per sinistro)	2.000,00 Euro	20% min 2.000,00 Euro max 5.000,00 Euro	Non previsti		
	Tariffe agevolate su tutte le prestazioni non previste in polizza tramite il Network convenzionato (senza limiti)				

***Soluzione 2**: Diaria*

	DIARIA DA RICOVERO		DIARIA DA LUNGODE-GENZA	DIARIA DA CONVALE-SCENZA	DIARIA DA GESSO	CHECK UP	ASSISTEN-ZA
	Dentro e Fuori Network	Dentro e Fuori Network	Dentro e Fuori Network	Dentro e Fuori Network	Dentro e Fuori Network	Dentro Network	Fornita da IPA
Indennità (per persona e giorno)	50,00 Euro per i primi 20 giorni		75,00 Euro per massimo 365 giorni (a partire dal 21 giorno)	25,00 Euro per mas-simo 20 giorni (ricovero con minimo 6 pernot-tamenti consecutivi)	25,00 Euro per massi-mo 60 giorni (30 giorni se senza mez-zo di con-tenzione)	1 volta l'anno per Assicurato (nei limiti previsti dal-le Condizio-ni di assicu-razione)	Sempre operante (nei limiti previsti dalle Condizioni di assicura-zione)
Franchigia e/o Scoperto (per sinistro)	Non previsti		20 giorni	6 giorni	Non previsti		

	ALTA SPECIALIZZAZIONE		DIAGNOSTICA		VISITE SPECIALISTICHE	
	Dentro Network	Fuori Network	Dentro Network	Fuori Network	Dentro Network	Fuori Network
Somme assicurate (per persona e anno)	2.000,00 Euro		500,00 Euro		150,00 Euro	25,00 Euro a visita per massimo 3 visite
Scoperti (per sinistro)	20% minimo 25,00 Euro	20% minimo 50,00 Euro	20% minimo 25,00 Euro	20% minimo 50,00 Euro	Non previsti	
	Tariffe agevolate su tutte le prestazioni non previste in polizza tramite il Network convenzionato (senza limiti)					

***Soluzione 3**: Rimborso Spese Mediche*

	RICOVERO E/O INTERVENTO CHIRURGICO		INDENNITÀ SOSTITUTIVA	RIMBORSO SPESE PARTO		RIMBORSO SPESE INTERVENTI SPECIFICI		CHECK UP	ASSISTENZA
	Dentro Network	Fuori Network	Servizio Sanitario Nazionale	Dentro Network	Fuori Network	Dentro Network	Fuori Network	Dentro Network	Fornita da IPA
Somma assicurata (per persona e anno)	150.000,00 Euro		100,00 Euro/giorno per massimo 100 giorni (50,00 Euro al giorno per Day Hospital e Day Surgery)	2.000,00 Euro naturale 6.000,00 Euro cesareo		5.000,00Euro/ Intervento 10.000,00 Euro/ anno		1 volta l'anno per Assicurato (nei limiti previsti dalle Condizioni di assicurazione)	Sempre operante (nei limiti previsti dalle Condizioni di assicurazione)
Franchigia e/o Scoperto (per sinistro)	2.000,00 Euro	20% min 2.000,00 Euro max 5.000,00 Euro	Non previsti	Non previsti	20% min. 200,00 Euro max 5.000,00 Euro	Non previsti	20% min. 200,00 Euro max 5.000,00 Euro		

	ALTA SPECIALIZZAZIONE		DIAGNOSTICA		VISITE SPECIALISTICHE	
	Dentro Network	Fuori Network	Dentro Network	Fuori Network	Dentro Network	Fuori Network
Somma assicurata (per persona e anno)	2.000,00 Euro		500,00 Euro		150,00 Euro	25,00 Euro a visita per massimo 3 visite
Scoperti (per sinistro)	20% minimo 25,00 Euro	20% minimo 50,00 Euro	20% minimo 25,00 Euro	20% minimo 50,00 Euro	Non previsti	
	Tariffe agevolate su tutte le prestazioni non previste in polizza tramite il Network convenzionato (senza limiti)					

Si precisa che qualora l'Assicurato sia ricorso all'erogazione delle prestazioni attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, i ticket corrispondenti alle spese sostenute saranno rimborsati senza applicazione dello Scoperto e nei limiti della somma assicurata previsti dalla Soluzione prescelta.

***Pacchetto opzionale**: Cure dentarie*

	Cure da Infortunio	Cure odontoiatriche
Somma Assicurata (per persona e anno)	1.500,00 Euro	Rimborso massimo prestabilito per singola prestazione (per i dettagli si rinvia all'art.14.2 delle Condizioni di Assicurazione)
Scoperto	Non previsto	Non previsto

Come evidenziato nelle tabelle precedenti, per prestazioni sanitarie (comprese le cure dentarie) che non sono oggetto di copertura è prevista la possibilità per l'Assicurato di usufruire di tariffe agevolate presso le Strutture Mediche convenzionate. Per avere maggiori dettagli sulle prestazioni a tariffa agevolata non incluse in polizza offerte dalle strutture convenzionate, l'Assicurato potrà rivolgersi al contact center al n. 800.13.18.11.

Art. 4 - Modifiche al contratto

Art. 4 .1 Sostituzione di polizza

Durante il periodo di validità del contratto, il Contraente potrà richiedere la modifica dei seguenti elementi contrattuali, recandosi presso qualsiasi Ufficio Postale entro 15 giorni antecedenti la scadenza del pagamento della rata di Premio:

- **Sostituzione del Piano di copertura (Soluzione prescelta o inclusione/esclusione del Pacchetto Cure Dentarie).** La variazione opererà per tutti gli Assicurati indicati in Polizza.
- **Inclusione/esclusione di Assicurati.**
  Il Contraente, fermo il limite massimo di quattro teste assicurate per contratto e fermi i limiti di età di cui all'art. 2.2 delle Condizioni di Assicurazione, potrà chiedere che vengano ammessi in copertura altri soggetti o che ne venga richiesta l'esclusione. Resta inteso che, durante il periodo di validità del contratto, lo stesso soggetto potrà essere ammesso in copertura una sola volta.
  Per l'operatività della Carenza si rinvia all'art. 2.4 delle presenti Condizioni di Assicurazione.
- **Variazione del frazionamento del Premio di Polizza**
  Ai sensi di quanto previsto dall'art.1.2 delle Condizioni di Assicurazione, la variazione avrà efficacia a partire dalle ore 24:00 del giorno stesso in cui viene effettuata l'operazione.
  Esclusivamente nel caso di variazione del frazionamento da annuale a mensile, la stessa potrà essere richiesta a partire dai 60 giorni antecedenti la scadenza annuale del contratto e avrà efficacia a partire dalla ricorrenza di premio successiva alla richiesta.
- **Variazione della residenza**
  Il Contraente ha l'obbligo di comunicare alla Società l'eventuale cambio di residenza di uno o più Assicurati in quanto ciò può costituire aggravamento o diminuzione del rischio. La variazione di residenza deve essere comunicata tramite lettera raccomandata a/r secondo le modalità indicate al successivo art. 4.2. Resta inteso che in caso di trasferimento della residenza all'estero, l'assicurazione cessa con effetto immediato e Poste Assicura rimborserà al Contraente la quota di Premio pagata e non goduta al netto delle imposte.

Si precisa che le variazioni sopra elencate determineranno la sostituzione del presente contratto con un contratto di nuova emissione a cui è associato un nuovo numero di Polizza. **Al nuovo contratto verranno applicate le tariffe e le eventuali nuove condizioni contrattuali in vigore alla data della richiesta stessa che pertanto potrebbero comportare nuove prestazioni assicurate, nuove esclusioni, nuovi limiti di indennizzo e nuove franchigie e/o scoperti per le quali si raccomanda una attenta lettura delle condizioni contrattuali.**

Il contratto di nuova emissione avrà efficacia dalle ore 24.00 del giorno di emissione, ferma la medesima scadenza della polizza originaria.
Le richieste di modifica di cui al presente articolo sono consentite solo nel caso in cui i premi maturati risultino corrisposti. In caso contrario, il Contraente dovrà prima procedere a regolarizzare la propria posizione amministrativa.
Nel caso in cui, per effetto dell'emissione del nuovo contratto, il premio applicato risulti inferiore al precedente, la Società provvederà al riaccredito di quanto eventualmente dovuto sul conto corrente BancoPosta o Libretto BancoPosta entro 30 giorni.
In caso di assenza di conto corrente BancoPosta o Libretto BancoPosta la restituzione di quanto eventualmente dovuto avverrà a mezzo assegno intestato al Contraente.
Al contratto di nuova emissione saranno applicate esclusivamente le eventuali iniziative commerciali in vigore al momento dell'emissione stessa.

Art. 4.2 Variazioni e/o comunicazioni inerenti il Contratto

Le ulteriori variazioni tra quelle previste dalle presenti Condizioni di Assicurazione, diverse da quelle riportate all' art. 4.1 delle Condizioni di Assicurazioni, e/o comunicazioni inerenti il contratto in essere potranno essere richieste dal Contraente inviando lettera raccomandata a/r a:

Poste Assicura S.p.A.
Ufficio Portafoglio
Viale Beethoven, 11
00144 - Roma

Soluzione 1: Grandi Interventi Chirurgici

(acquistabile in alternativa alle Soluzioni 2 e 3)

Art. 5 - Grandi Interventi Chirurgici

Poste Assicura, fermi i limiti di Indennizzo di 150.000,00 Euro, garantisce il pagamento delle spese solo se relative ad un Grande Intervento Chirurgico subito dall'Assicurato in Istituto di cura pubblico o privato a seguito di Infortunio o Malattia.
Per ogni Sinistro è prevista l'applicazione di una Franchigia e/o di uno Scoperto, così come indicato all'art. 5.3 delle Condizioni di Assicurazione.

La garanzia opera in riferimento ai soli interventi previsti nell'*Elenco Grandi Interventi Chirurgici* allegato al presente Fascicolo Informativo e nei rispetto dei limiti della somma assicurata e delle condizioni contrattuali.

Qualora l'Assicurato si avvalga di Strutture Mediche Convenzionate seguendo la procedura indicata all'art. 16.1 delle presenti Condizioni di Assicurazione, il pagamento delle prestazioni dovute a termini di Polizza viene effettuato direttamente dalla Società, restando a carico dell'Assicurato l'importo della Franchigia e l'eventuale eccedenza di spesa rispetto al limite di Indennizzo di cui sopra.

Art. 5.1 - Spese mediche rimborsabili

A. Pre ricovero
Spese sostenute dall'Assicurato nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero:
1) visite mediche specialistiche;
2) esami e accertamenti diagnostici;
3) trasporto all'Istituto di cura con mezzo sanitariamente attrezzato, entro il limite di 1.500,00 Euro per persona e per anno assicurativo.

Le prestazioni sopra indicate possono essere effettuate anche al di fuori dell'Istituto di cura ove l'Assicurato subirà l'Intervento.

B. Durante ricovero
Spese sostenute dall'Assicurato durante il ricovero:
1) onorari dei medici e dell'équipe chirurgica, diritti di sala operatoria e materiali di Intervento (incluse le protesi applicate durante l'Intervento stesso);
2) rette di degenza;
3) rette per vitto e pernottamento nell'Istituto di cura di un accompagnatore, fino alla concorrenza di 100,00 Euro al giorno con il limite massimo di 60 giorni per anno assicurativo;
4) esami e accertamenti diagnostici, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, assistenza medica;
5) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato per il trasferimento da un Istituto di cura a un altro, entro il limite di 1.500,00 Euro per persona e per anno assicurativo.

C. Post ricovero
Spese sostenute dall'Assicurato nei 120 giorni successivi alla data di conclusione del ricovero:
1) visite mediche specialistiche;
2) esami e accertamenti diagnostici;
3) prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche;
4) Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi;
5) trattamenti specialistici;
6) cure termali, escluse le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio;
7) acquisto di farmaci, entro il limite di 1.000,00 Euro per persona e per anno assicurativo;
8) rientro al Domicilio con mezzo sanitariamente attrezzato al momento della dimissione, entro il limite di 1.500,00 Euro per persona e per anno assicurativo;
9) acquisto o noleggio di:
   a) apparecchi ortopedici (stampelle, carrozzine, corsetti e tutori);
   b) apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, escluse lenti da vista e a contatto e montature di occhiali);
   c) apparecchi fisioterapici, purché prescritti dal medico specialista.

D. Malattie Oncologiche

Poste Assicura garantisce il pagamento, nel rispetto dei limiti previsti, delle spese descritte ai precedenti punti A., B. e C. anche quando relative a Malattie Oncologiche.
Si precisa che Poste Assicura tiene indenne l'Assicurato, entro un limite specifico di 20.000,00 Euro per persona e per anno, delle spese rese necessarie per le seguenti prestazioni:

1) terapie oncologiche effettuate nei 90 giorni prima e/o nei 120 giorni dopo il ricovero per Grande Intervento Chirurgico;
2) Visite specialistiche e terapie oncologiche non chirurgiche sostenute nei 2 anni successivi il Grande Intervento Chirurgico;
3) Visite specialistiche e accertamenti diagnostici che confermino la Malattia Oncologica, sempreché afferenti un Grande Intervento Chirurgico.

E. Trapianti

In caso di trapianto sull'Assicurato di organi o di parte di essi conseguente a Infortunio o Malattia sono comprese anche le spese necessarie per il prelievo dal donatore e per il trasporto dell'organo. Nel caso in cui il donatore sia in vita, si intendono incluse anche le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero dello stesso, sempre nel rispetto dei limiti indicati nelle Condizioni di Assicurazione.

F. Ticket sanitari

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

Art. 5.2 - Indennità sostitutiva

Qualora non risultino spese a carico dell'Assicurato in quanto i costi relativi al Grande Intervento Chirurgico sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero in assenza di richieste di rimborso delle spese sostenute, Poste Assicura erogherà un'Indennità sostitutiva pari a 100,00 Euro al giorno in alternativa al pagamento delle spese occorse di cui all'art. 5.1.
Tale indennità sarà corrisposta per ogni giorno di Ricovero e per un massimo di 100 giorni complessivi per Sinistro e anno assicurativo. Il giorno di Ricovero e quello di dimissione sono considerati agli effetti della liquidazione come giorno unico.
Le eventuali spese pre e post Ricovero saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società a termini di Polizza.
Nel caso di costi parzialmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato potrà scegliere se usufruire dell'Indennità sostitutiva di cui al presente articolo oppure, in alternativa, se chiedere a Poste Assicura il rimborso delle spese effettivamente sostenute e rimaste a suo carico, sempre nei limiti di quanto disposto nelle condizioni contrattuali.

Art. 5.3 - Franchigia

Poste Assicura applicherà a ogni Sinistro una Franchigia fissa e assoluta pari a 2.000,00 Euro ossia, dopo aver effettuato il calcolo di quanto dovuto in base ai limiti previsti in Polizza, come indicato all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione, provvederà al pagamento delle spese dietro deduzione della Franchigia stessa. Qualora la prestazione venga effettuata in una Struttura Medica non Convenzionata all'Indennizzo verrà applicato uno Scoperto del 20% con il minimo di 2.000,00 Euro e il massimo di 5.000,00 Euro.
Si precisa che in ogni caso la Franchigia non troverà applicazione in caso di erogazione dell'*Indennità sostitutiva* di cui al precedente art. 5.2 (nel qual caso la Franchigia opererà esclusivamente con riferimento alle spese pre e post ricovero).
In caso di Ricovero e Intervento chirurgico con costi parzialmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale tale deduzione troverà applicazione anche qualora l'Assicurato abbia optato per il rimborso spese mediche di cui all'art. 5.1 delle Condizioni di Assicurazione, anziché per l'Indennità sostitutiva di cui all'art. 5.2 delle Condizioni di Assicurazione.

La Franchigia viene applicata un'unica volta per Sinistro o Unico Sinistro così come definito all'art. 20 delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 6 - Check-up

L'Assicurato potrà effettuare presso una delle Strutture Mediche Convenzionate e nel rispetto dei limiti sotto indicati, il seguente Check-up di prevenzione con costi totalmente a carico di Poste Assicura.
Il Check-up comprende gli esami di controllo di seguito riportati:

1) emocromo completo;
2) azotemia;
3) cloremia, sodiemia, potassiemia;
4) colesterolo totale (LDL e HDL);
5) creatininemia;
6) glicemia;
7) PCR (dall'inglese Polymerase Chain Reaction);
8) transaminasi;
9) trigliceridi;
10) uricemia;
11) esami urine completo.

L'esito degli esami è strettamente personale e verrà consegnato in unica copia esclusivamente all'Assicurato o a chi ne fa le veci.
Ogni Assicurato potrà usufruire del Check-up trascorsi 6 mesi dalla data di decorrenza della garanzia ed entro l'annualità di polizza. La periodicità sopra indicata (i.e., 6 mesi dalla data di decorrenza della garanzia) resta ferma per ogni nuova testa e verrà applicata anche a seguito di variazione della persona assicurata ai sensi dell'art. 4.1 delle Condizioni di Assicurazione. Pertanto il Contraente e l'Assicurato prendono atto che si potrebbero verificare dei casi in cui tale prestazione non risulti utilizzabile per una o più teste. Si rinvia agli artt. 1.4. e 4.1 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
Il Check-up potrà essere ripetuto una volta ogni anno per ciascun Assicurato, sempreché la Polizza sia regolarmente in vigore al momento della sua effettuazione.
L'assicurato potrà accedere direttamente alla struttura convenzionata e, una volta ricevuta l'autorizzazione dalla stessa, beneficiare delle prestazioni richieste.

Art. 7 - Assistenza

Poste Assicura eroga le prestazioni di *Assistenza* attraverso la Struttura Organizzativa di Inter Partner Assistance S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia), attiva 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno.
Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, le garanzie operano:
1) mediante contatto telefonico con la Struttura Organizzativa;
2) a seguito del verificarsi di un Sinistro causato da Infortunio o Malattia improvvisa;
3) entro il limite di 3 Sinistri per Assicurato ove non diversamente specificato, durante ciascun anno di validità della copertura;
4) senza limite di numero di prestazioni nell'ambito del medesimo Sinistro;
5) entro il limite previsto per ciascun tipo di prestazione.

Art. 7.1 - Consulto medico telefonico

La Struttura Organizzativa 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:
   a) reperimento dei mezzi di soccorso;
   b) reperimento di medici generici e specialisti;
   c) localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
   d) modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
   e) 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, sempre nel rispetto dei limiti meglio specificati nelle presenti Condizioni di Assicurazione. A parziale deroga di quanto previsto all'art. 7, punto 3) che precede, la prestazione può essere richiesta dall'Assicurato senza limitazioni nel numero di contatti.
Gli operatori della Struttura Organizzativa sono a disposizione dell'Assicurato per fornire supporto in lingua italiana, inglese e francese.

Art. 7.2 - Invio di un medico o di un'ambulanza

(Prestazione valida esclusivamente in Italia)
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.

Art. 7.3 - Trasporto sanitario programmato
(Prestazione valida esclusivamente in Italia)
Previa analisi del quadro clinico da parte del servizio medico della Struttura Organizzativa e d'intesa con il medico curante dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa è a disposizione per organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo qualora, a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, sia necessario:
1) il suo trasferimento presso l'Istituto di cura dove deve essere ricoverato;
2) il suo trasferimento dall'Istituto di cura presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso;
3) il suo rientro all'abitazione al momento della dimissione.

La Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento dell'Assicurato con costi a carico della Società e con i mezzi ritenuti più idonei a suo insindacabile giudizio, mediante:
a) aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
b) treno, prima classe, e, ove necessario, vagone letto;
c) autoambulanza senza limiti di chilometraggio o altro mezzo di trasporto.

In base alle condizioni di salute dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa provvederà a fornire la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.
Sono escluse dalla prestazione:
1) le infermità o lesioni che a giudizio del servizio medico della Struttura Organizzativa possono essere curate sul posto;
2) le Malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
3) 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;
4) tutte le spese diverse da quelle indicate;
5) tutte le spese sostenute per Malattie preesistenti.

Art. 7.4 - 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 e di ricevere eventuali indicazioni diagnostiche o terapeutiche suppletive relativamente alle seguenti patologie:
1) oncologiche;
2) cerebrovascolari;
3) neurologiche degenerative, tra le quali sclerosi multipla;
4) del cuore e dei grandi vasi.

Il parere medico complementare, inviato entro 10 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione clinica completa, conterrà:
a) l'opinione dello specialista;
b) gli eventuali suggerimenti sulla terapia e raccomandazioni per controlli aggiuntivi;
c) le 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 (i.e., il predetto parere medico complementare) non è ripetibile e non potrà pertanto essere richiesta per patologie per le quali sia già stata effettuata una volta.

Si rinvia al successivo art. 24.1 delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di richiesta ed attivazione, da parte dell'Assicurato, della presente prestazione.

Art. 7.5 - Informazioni sanitarie telefoniche
(Prestazione operante da lunedì a venerdì dalle ore 09.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali)
Il servizio medico della Struttura Organizzativa potrà fornire, in caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato, informazioni relative a:

1) reperimento di mezzi di soccorso d'urgenza;
2) centri di cura pubblici e privati attrezzati per speciali patologie;
3) segnalazione di laboratori e centri diagnostici.

La Struttura Organizzativa non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere le informazioni necessarie, sempre nel rispetto dei limiti meglio specificati nelle presenti Condizioni di Assicurazione.

Soluzione 2: Diaria

(acquistabile in alternativa alle Soluzioni 1 e 3)

Art. 8 - Diaria

Art. 8.1 - Diaria da ricovero

In caso di Ricovero in Istituto di cura a seguito di Infortunio, Malattia o parto, Poste Assicura corrisponderà all'Assicurato l'indennità giornaliera di 50,00 Euro per ciascun giorno di degenza, a partire dal primo giorno.
Il pagamento dell'indennità sarà effettuato da Poste Assicura con un massimo di 20 giorni per ciascun Ricovero.
Qualora la degenza sia superiore a 20 giorni consecutivi, Poste Assicura corrisponderà, ai sensi di quanto riportato all'art. 8.2, l'indennità prevista per la Diaria per lungodegenza.
La corresponsione dell'Indennizzo avrà luogo a degenza ospedaliera ultimata, previa presentazione di copia conforme completa della Cartella clinica, dalla quale risulti la diagnosi circostanziata e il giorno di entrata e di uscita dall'Istituto di cura.
La base di calcolo dei giorni è data dalla somma dei pernottamenti effettuati, indipendentemente dall'orario di accettazione e dimissione dall'Istituto di cura.
Nei casi di Day Hospital e Day Surgery, Poste Assicura corrisponde un'indennità di 25,00 Euro al giorno per un massimo di 30 giorni per Sinistro e per anno assicurativo. La garanzia non opera per le Visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali eseguiti ai soli fini diagnostici.

Nei casi di Ricovero in Day Hospital dovuti a chemioterapia o radioterapia è corrisposta un'indennità giornaliera di 50,00 Euro al giorno per un massimo di 100 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.

Art. 8.2 - Diaria per lungodegenza

In caso di Ricovero che abbia determinato almeno 20 pernottamenti ininterrotti e consecutivi, a decorrere dal 21° pernottamento e per tutta la durata residua del Ricovero (con il limite massimo di 365 giorni per ciascun Ricovero e per anno assicurativo) Poste Assicura corrisponde un'indennità giornaliera da Ricovero pari a 75,00 Euro complessivi.

Art. 8.3 - Diaria da convalescenza

Poste Assicura, a seguito di Ricovero che abbia determinato almeno 6 pernottamenti ininterrotti e consecutivi, si impegna a liquidare un'indennità giornaliera pari a 25,00 Euro. Detta indennità viene corrisposta per un numero di giorni pari a quello del Ricovero con il massimo di 20 giorni per Sinistro e indipendentemente dalla durata prescritta dal medico.
Nessuna indennità verrà corrisposta per convalescenza conseguente a Day Hospital e a Ricovero per parto, aborto, Malattie della gravidanza e del puerperio.

Art. 8.4 - Diaria da gesso

In caso di Infortunio o Malattia indennizzabili ai termini di Polizza che determinino un'ingessatura o l'applicazione di un tutore immobilizzante esterno equivalente non amovibili autonomamente dall'Assicurato, conseguenti a frattura o lesione di capsula legamentosa, entrambe comprovate da referto radiologico, Poste Assicura corrisponderà all'Assicurato un'indennità giornaliera pari a 25,00 Euro. L'Indennizzo verrà corrisposto dal giorno di applicazione del mezzo di contenzione e fino al giorno di rimozione dello stesso, per un massimo di 60 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.
La garanzia si intende inoltre estesa, nel limite massimo di 30 giorni per Sinistro e per anno assicurativo, ai seguenti casi in cui non sia possibile applicare l'Ingessatura:

1) frattura del bacino o dell'anca;
2) frattura cranica;
3) frattura di almeno 6 costole;
4) frattura della colonna vertebrale.

Ai fini del pagamento dell'indennità giornaliera, il giorno di applicazione della gessatura e quello della rimozione sono considerati come un unico giorno.
Se l'Infortunio o la Malattia hanno determinato anche il Ricovero dell'Assicurato, l'indennità giornaliera dovuta ai sensi della garanzia Diaria da Ricovero e l'eventuale maggiorazione prevista dalla garanzia *Diaria per lungodegenza* non sono cumulabili con quella per Ingessatura, che sarà riconosciuta a partire dal giorno di dimissione dell'Istituto di cura.
L'eventuale *Diaria da convalescenza,* finché coesistente con il periodo di Ingessatura non è cumulabile con la Diaria da gesso che sarà riconosciuta, se di durata maggiore, a partire dalla cessazione del pagamento dell'indennità per convalescenza.

Art. 8.5 - Spese per Cartella clinica
Poste Assicura corrisponde all'Assicurato un Indennizzo forfettariamente predeterminato pari a 15,00 Euro per ciascun Sinistro comportante Ricovero a titolo di contributo spese per il rilascio della Cartella clinica relativa al Sinistro.

Art. 8.6 - Spese extra ricovero
Le presenti garanzie operano anche per Infortunio o Malattia non connessi a un Ricovero o Intervento chirurgico nel rispetto dei limiti di seguito indicati.
Il rimborso di quanto previsto fatta eccezione per la garanzia Visite specialistiche, viene effettuato con applicazione di uno Scoperto del 20% per prestazione con il minimo di 50,00 Euro da applicarsi sulla prima prestazione prevista 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. 16.1 delle Condizioni di Assicurazione, a una delle Strutture Mediche Convenzionate, fermo lo Scoperto del 20%, il minimo a carico dell'Assicurato è ridotto a 25,00 Euro.
Qualora l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, i ticket corrispondenti alle spese sostenute saranno rimborsati senza applicazione dello Scoperto e nei limiti di somma assicurata previsti per l'utilizzo di Strutture Mediche Convenzionate (Dentro network).
Per l'attivazione di tali garanzie è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.
I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Art. 8.6.1 - Alta specializzazione
Poste Assicura copre, nel rispetto del massimale di 2.000,00 Euro previsto per persona e per anno, le spese di *Alta specializzazione* rese necessarie da Infortunio o Malattia, anche non connesse a un Ricovero di seguito espressamente elencate:
1) ecotomografia vascolare (Doppler - Eco Color Doppler);
2) Risonanza Magnetica Nucleare (R.M.N.);
3) scintigrafia;
4) Tomografia Assiale Computerizzata (T.A.C.) con e senza contrasto;
5) tomografia a emissione di positroni (P.E.T., dall'inglese Positron Emission Tomography);
6) ecocardiografia;
7) ecocardiodoppler;
8) elettrocardiogramma dinamico (Holter);
9) Mineralogia Ossea Computerizzata (M.O.C.);
10) test ergometrico;
11) EEG Mapping;
12) rettoscopia, esofago gastroduodenoscopia, pancolonscopia (anche se accompagnate da prelievo bioptico);
13) monitoraggio pressione arteriosa 24 ore;
14) ecocardiogramma mono/bidimensionale più color doppler;
15) fluoroangiografia oculare;
16) elettromiografia (EMG);
17) broncoscopia;
18) cistoscopia;
19) isteroscopia;
20) colposcopia;
21) studio urodinamico.

Art. 8.6.2 - Diagnostica
Poste Assicura copre, nel rispetto del massimale di 500,00 Euro previsto per persona e per anno, le spese per esami di laboratorio e accertamenti diagnostici, diversi da quelli elencati nella garanzia *Alta specializzazione,* resi necessari da Infortunio o Malattia, anche non connessi a un Ricovero. L'Assicurato potrà accedere direttamente alla Struttura convenzionata e, una volta ricevuta l'autorizzazione dalla stessa, beneficiare delle prestazioni richieste.

Art. 8.6.3 - Visite specialistiche
Poste Assicura copre, nel rispetto del massimale di 150,00 Euro previsto per persona e per anno nel caso di utilizzo di Strutture Mediche Convenzionate e 25,00 Euro/visita con un massimo di tre visite per persona e per anno nel caso di Strutture Mediche non Convenzionate, le spese per onorari dei medici per visite effettuate da

specialisti rese necessarie da Infortunio o Malattia, anche non connessi a un Ricovero escluse comunque le visite odontoiatriche, odontotecniche, ginecologiche, pediatriche e oculistiche volte al controllo della vista. L'Assicurato potrà accedere direttamente alla Struttura convenzionata e, una volta ricevuta l'autorizzazione dalla stessa, beneficiare delle prestazioni richieste.

Art. 9 - Check-up

L'Assicurato potrà effettuare presso una delle Strutture Mediche Convenzionate e nel rispetto dei limiti sotto indicati, il seguente Check-up di prevenzione con costi totalmente a carico di Poste Assicura.
Il Check-up comprende gli esami di controllo di seguito riportati:

1) emocromo completo;
2) azotemia;
3) cloremia, sodiemia, potassiemia;
4) colesterolo totale (LDL e HDL);
5) creatininemia;
6) glicemia;
7) PCR (dall'inglese Polymerase Chain Reaction);
8) transaminasi;
9) trigliceridi;
10) uricemia;
11) esami urine completo.

L'esito degli esami è strettamente personale e verrà consegnato in unica copia esclusivamente all'Assicurato o a chi ne fa le veci.
Ogni Assicurato potrà usufruire del Check-up trascorsi 6 mesi dalla data di decorrenza della garanzia ed entro l'annualità di polizza. La periodicità sopra indicata (i.e., 6 mesi dalla data di decorrenza della garanzia) resta ferma per ogni nuova testa e verrà applicata anche a seguito di variazione della persona assicurata ai sensi dell'art. 4.1 delle Condizioni di Assicurazione. Pertanto il Contraente e l'Assicurato prendono atto che si potrebbero verificare dei casi in cui tale prestazione non risulti utilizzabile per una o più teste. Si rinvia agli artt. 1.4. e 4.1 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
Il Check-up potrà essere ripetuto una volta ogni anno per ciascun Assicurato, sempreché la Polizza sia regolarmente in vigore al momento della sua effettuazione.
L'assicurato potrà accedere direttamente alla struttura convenzionata e, una volta ricevuta l'autorizzazione dalla stessa, beneficiare delle prestazioni richieste.

Art. 10 - Assistenza

Poste Assicura eroga le prestazioni di *Assistenza* attraverso la Struttura Organizzativa di Inter Partner Assistance S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia), attiva 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno.
Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, le garanzie operano:

1) mediante contatto telefonico con la Struttura Organizzativa;
2) a seguito del verificarsi di un Sinistro causato da Infortunio o Malattia improvvisa;
3) entro il limite di 3 Sinistri per Assicurato ove non diversamente specificato, durante ciascun anno di validità della copertura;
4) senza limite di numero di prestazioni nell'ambito del medesimo Sinistro;
5) entro il limite previsto per ciascun tipo di prestazione.

Art. 10.1 - Consulto medico telefonico

La Struttura Organizzativa 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:
    a) reperimento dei mezzi di soccorso;
    b) reperimento di medici generici e specialisti;
    c) localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
    d) modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
    e) 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, sempre nel rispetto dei limiti meglio specificati nelle

presenti Condizioni di Assicurazione. A parziale deroga di quanto previsto all'art. 10, punto 3) che precede, la prestazione può essere richiesta dall'Assicurato senza limitazioni nel numero di contatti.
Gli operatori della Struttura Organizzativa sono a disposizione dell'Assicurato per fornire supporto in lingua italiana, inglese e francese.

Art. 10.2 - Invio di un medico o di un'ambulanza
(Prestazione valida esclusivamente in Italia)
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.

Art. 10.3 - Trasporto sanitario programmato
(Prestazione valida esclusivamente in Italia)
Previa analisi del quadro clinico da parte del servizio medico della Struttura Organizzativa e d'intesa con il medico curante dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa è a disposizione per organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo qualora, a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, sia necessario:
1) il suo trasferimento presso l'Istituto di cura dove deve essere ricoverato;
2) il suo trasferimento dall'Istituto di cura presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso;
3) il suo rientro all'abitazione al momento della dimissione.

La Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento dell'Assicurato con costi a carico della Società e con i mezzi ritenuti più idonei a suo insindacabile giudizio, mediante:
a) aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
b) treno, prima classe, e, ove necessario, vagone letto;
c) autoambulanza senza limiti di chilometraggio o altro mezzo di trasporto.

In base alle condizioni di salute dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa provvederà a fornire la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.
Sono escluse dalla prestazione:
1) le infermità o lesioni che a giudizio del servizio medico della Struttura Organizzativa possono essere curate sul posto;
2) le Malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
3) 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;
4) tutte le spese diverse da quelle indicate;
5) tutte le spese sostenute per Malattie preesistenti.

Art. 10.4 - 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 e di ricevere eventuali indicazioni diagnostiche o terapeutiche suppletive relativamente alle seguenti patologie:
1) oncologiche;
2) cerebrovascolari;
3) neurologiche degenerative, tra le quali sclerosi multipla;
4) del cuore e dei grandi vasi.

Il parere medico complementare, inviato entro 10 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione clinica completa, conterrà:
a) l'opinione dello specialista;
b) gli eventuali suggerimenti sulla terapia e raccomandazioni per controlli aggiuntivi;
c) le 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 (i.e., il predetto parere medico complementare) non è ripetibile e non potrà pertanto essere

richiesta per patologie per le quali sia già stata effettuata una volta.
Si rinvia al successivo art. 24.1 delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di richiesta ed attivazione, da parte dell'Assicurato, della presente prestazione.

Art. 10.5 - Informazioni sanitarie telefoniche
(Prestazione operante da lunedì a venerdì dalle ore 09.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali)
Il servizio medico della Struttura Organizzativa potrà fornire, in caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato, informazioni relative a:
1) reperimento di mezzi di soccorso d'urgenza;
2) centri di cura pubblici e privati attrezzati per speciali patologie;
3) segnalazione di laboratori e centri diagnostici.

La Struttura Organizzativa non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere le informazioni necessarie, sempre nel rispetto dei limiti meglio specificati nelle presenti Condizioni di Assicurazione.

Soluzione 3: Rimborso Spese Mediche

(acquistabile in alternativa alle Soluzioni 1 e 2)

Art. 11 - Rimborso Spese Mediche per Ricovero e/o Intervento chirurgico

Poste Assicura S.p.A., nel rispetto del massimale previsto di 150.000,00 Euro, garantisce nei casi di Ricovero (con o senza Intervento chirurgico), Intervento chirurgico senza Ricovero (Day Surgery o Intervento chirurgico ambulatoriale), resi necessario da Malattia o Infortunio, parto o aborto spontaneo o terapeutico comportanti Ricovero, le prestazioni elencate che seguono. Si precisa che la Società garantisce le prestazioni indicate anche in caso di Day Hospital.

Per ogni Sinistro è prevista l'applicazione di una Franchigia e/o di uno Scoperto, così come indicato all'art. 11.4 delle Condizioni di Assicurazione.

Qualora l'Assicurato si avvalga di Strutture Mediche Convenzionate seguendo la procedura indicata all'art. 16.1 delle presenti Condizioni di Assicurazione, il pagamento delle prestazioni dovute a termini di Polizza viene effettuato direttamente dalla Società, fermo restando a carico dell'Assicurato l'importo della Franchigia o Scoperto e dell'eventuale eccedenza di spesa.

Art. 11.1 - Spese mediche rimborsabili

A. Pre ricovero

Spese sostenute dall'Assicurato nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero:

1) visite mediche specialistiche;
2) esami e accertamenti diagnostici;
3) trasporto all'Istituto di cura con mezzo sanitariamente attrezzato, entro il limite di 1.500,00 Euro per persona e per anno assicurativo.

Le prestazioni sopra indicate possono essere effettuate anche al di fuori dell'Istituto di cura ove l'Assicurato subirà l'Intervento.

B. Durante ricovero

Spese sostenute dall'Assicurato durante il ricovero:

1) onorari dei medici e dell'équipe chirurgica, diritti di sala operatoria e materiali di Intervento (incluse le protesi applicate durante l'Intervento stesso);
2) Rette di degenza;
3) rette per vitto e pernottamento nell'Istituto di cura di un accompagnatore, fino alla concorrenza di 100,00 Euro al giorno con il limite massimo di 60 giorni per anno assicurativo;
4) esami e accertamenti diagnostici, cure, Trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, assistenza medica;
5) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato per il trasferimento da un Istituto di cura a un altro, entro il limite di 1.500,00 Euro per persona e per anno assicurativo.

C. Post ricovero

Spese sostenute dall'Assicurato nei 120 giorni successivi alla data di conclusione del ricovero:

1) visite mediche specialistiche;
2) esami e accertamenti diagnostici;
3) prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche;
4) Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi;
5) trattamenti specialistici;
6) cure termali, escluse le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio;
7) acquisto di farmaci, entro il limite di 1.000,00 Euro;
8) rientro al Domicilio con mezzo sanitariamente attrezzato al momento della dimissione, entro il limite di 1.500,00 Euro per persona e per anno assicurativo;
9) acquisto o noleggio di:
   a) apparecchi ortopedici (stampelle, carrozzine, corsetti e tutori);
   b) apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, escluse lenti da vista e a contatto e montature di occhiali);
   c) apparecchi fisioterapici, purché prescritti dal medico specialista.

D. Malattie Oncologiche

Poste Assicura garantisce il pagamento, nel rispetto dei limiti previsti, delle spese descritte ai precedenti punti

A., B. e C. anche quando relative a Malattie Oncologiche.
Si precisa che Poste Assicura tiene indenne l'Assicurato, entro un limite specifico di 20.000,00 Euro per persona e per anno, delle spese rese necessarie per le seguenti prestazioni:
1) terapie oncologiche effettuate nei 90 giorni prima e/o nei 120 giorni dopo il ricovero;
2) visite specialistiche e terapie oncologiche non chirurgiche sostenute nei 2 anni successivi alla prima diagnosi;
3) visite specialistiche e accertamenti diagnostici che confermino la Malattia Oncologica, anche in assenza di Ricovero.

E. Trapianti
In caso di trapianto sull'Assicurato di organi o di parte di essi conseguente a Infortunio o Malattia sono comprese anche le spese necessarie per il prelievo dal donatore e per il trasporto dell'organo. Nel caso in cui il donatore sia in vita, si intendono incluse anche le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero dello stesso, sempre nel rispetto dei limiti indicati nelle Condizioni di Assicurazione.

F. Maternità e cure del neonato
Poste Assicura garantisce il pagamento, nel rispetto dei limiti previsti dall'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione, delle spese descritte ai punti A., B. e C. che precedono relative al parto naturale o cesareo, sostenuto in Istituto di cura pubblico o privato.
Nel caso di parto cesareo, l'eventuale Indennizzo andrà a ridurre la somma assicurata di 150.000,00 Euro come indicato all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.
Per l'aborto spontaneo o terapeutico si applica quanto disposto al punto 6) dell'art. 11.3 che segue.
In caso di parto indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicurata è tenuta indenne, nel limite della somma assicurata, delle spese necessarie per cure e interventi relativi alla correzione o eliminazione di Malformazioni congenite del neonato effettuati nei primi 6 mesi di vita dello stesso.

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

Art. 11.2 - Indennità sostitutiva
Qualora non risultino spese a carico dell'Assicurato in quanto i costi relativi al periodo di Ricovero sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero in assenza di richieste di rimborso delle spese sostenute, Poste Assicura erogherà un'indennità sostitutiva pari a 100,00 Euro al giorno in alternativa al pagamento delle spese occorse per il Rimborso Spese Mediche.
Tale indennità sarà corrisposta per ogni giorno di Ricovero e per un massimo di 100 giorni complessivi per Sinistro e anno assicurativo. Il giorno di Ricovero e quello di dimissione sono considerati agli effetti della liquidazione come giorno unico.
L'indennità verrà corrisposta, anche in caso di Day Hospital o di Day Surgery, per ogni giorno di degenza e nella misura di 50,00 Euro.
In caso di parto si farà riferimento al Ricovero della sola puerpera, indipendentemente dal Ricovero di uno o più neonati.
Le eventuali spese pre e post Ricovero saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società a termini di Polizza e salvi i limiti previsti dalle condizioni contrattuali.
Nel caso di costi parzialmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato potrà scegliere se usufruire dell'Indennità sostitutiva di cui al presente articolo oppure, in alternativa, se chiedere a Poste Assicura il rimborso delle spese effettivamente sostenute e rimaste a suo carico, sempre nei limiti previsti dalle condizioni contrattuali.

Art. 11.3 - Interventi chirurgici specifici
Le spese di cui ai precedenti punti A., B. e C. sostenute per gli Interventi chirurgici di seguito indicati (effettuati sia in regime di Ricovero, sia in Day Surgery o ambulatorialmente) sono complessivamente coperte nel rispetto dei limiti specifici previsti di 5.000,00 Euro per intervento con il massimo di 10.000,00 Euro l'anno a persona.
Gli specifici Interventi chirurgici sono:
1) adenoidectomia e/o tonsillectomia;
2) appendicectomia (semplice o con peritonite, qualsiasi tecnica);
3) asportazione di tumefazione benigna della mammella / nodulectomia;
4) Intervento chirurgico per emorroidi e/o ragadi (compreso trattamento prolasso mucoso, sfinterotomia anoplastica) qualsiasi metodica;

5) interventi per ernie addominali;
6) aborto spontaneo o terapeutico, interventi per Malattie derivanti da gravidanza e puerperio;
7) interventi per neoformazioni cutanee benigne (cisti in genere, lipomi e nevi) escluse comunque le prestazioni a finalità estetica;
8) interventi per polipi;
9) meniscectomia;
10) varicectomia.

Art. 11.4 - Franchigia

Poste Assicura applicherà a ogni Sinistro una Franchigia fissa e assoluta pari a 2.000,00 Euro ossia, dopo aver effettuato il calcolo di quanto dovuto in base ai limiti previsti in Polizza, come indicato all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione, provvederà al pagamento delle spese dietro deduzione della Franchigia stessa. Qualora la prestazione venga effettuata in una Struttura Medica non Convenzionata all'Indennizzo verrà applicato uno Scoperto del 20% con il minimo di 2.000,00 Euro e massimo 5.000,00 Euro.
Si precisa che in ogni caso la Franchigia non troverà applicazione in caso di erogazione dell'*Indennità sostitutiva* di cui al precedente art. 11.2 (nel qual caso la Franchigia opererà esclusivamente con riferimento alle spese pre e post ricovero).
In caso di Ricovero e Intervento chirurgico con costi parzialmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale tale deduzione troverà applicazione anche qualora l'Assicurato abbia optato per il rimborso spese mediche di cui all'art. 11.1 delle Condizioni di Assicurazione, anziché per l'indennità sostitutiva di cui all'art. 11.2 delle Condizioni di Assicurazione.
La Franchigia viene applicata un'unica volta per Sinistro o Unico Sinistro così come definito all'art. 20 delle Condizioni di Assicurazione.
Si precisa che in ogni caso la Franchigia non troverà applicazione:
1) in caso di parto naturale o cesareo;
2) in caso di interventi per i quali sono previsti specifici limiti ai sensi dell'art. 11.3 delle Condizioni di Assicurazione;
3) in caso di erogazione dell'*Indennità sostitutiva* di cui all'art. 11.2 delle Condizioni di Assicurazione (nel qual caso la Franchigia opererà esclusivamente con riferimento alle spese pre e post ricovero).

Art. 11.5 - Spese extra ricovero

Le presenti garanzie operano anche per Infortunio o Malattia non connessi a un Ricovero o Intervento chirurgico nel rispetto dei limiti di seguito indicati.
Il rimborso di quanto previsto fatta eccezione per la garanzia Visite specialistiche, viene effettuato con applicazione di uno Scoperto del 20% per prestazione con il minimo di 50,00 Euro da applicarsi sulla prima prestazione prevista 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. 16.1 delle Condizioni di Assicurazione, a una delle Strutture Mediche Convenzionate, fermo lo Scoperto del 20%, il minimo a carico dell'Assicurato è ridotto a 25,00 Euro.
Qualora l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, i ticket corrispondenti alle spese sostenute saranno rimborsati senza applicazione dello Scoperto e nei limiti di somma assicurata previsti per l'utilizzo di Strutture Mediche Convenzionate (Dentro network).
Per l'attivazione di tali garanzie è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.
I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Art. 11.5.1 - Alta specializzazione

Poste Assicura copre, nel rispetto del massimale di 2.000,00 Euro previsto per persona e per anno e dello Scoperto sopra riportato, le spese di Alta specializzazione rese necessarie da Infortunio o Malattia, anche non connesse a un Ricovero di seguito espressamente elencate:
1) ecotomografia vascolare (Doppler - Eco Color Doppler);
2) Risonanza Magnetica Nucleare (R.M.N.);
3) scintigrafia;
4) Tomografia Assiale Computerizzata (T.A.C.) con e senza contrasto;
5) tomografia a emissione di positroni (P.E.T., dall'inglese Positron Emission Tomography);
6) ecocardiografia;
7) ecocardiodoppler;
8) elettrocardiogramma dinamico (Holter);
9) Mineralogia Ossea Computerizzata (M.O.C.);

10) test ergometrico;
11) EEG Mapping;
12) rettoscopia, esofago gastroduodenoscopia, pancolonscopia (anche se accompagnate da prelievo bioptico);
13) monitoraggio pressione arteriosa 24 ore;
14) ecocardiogramma mono/bidimensionale più color doppler;
15) fluoroangiografia oculare;
16) elettromiografia (EMG);
17) broncoscopia;
18) cistoscopia;
19) isteroscopia;
20) colposcopia;
21) studio urodinamico.

Art. 11.5.2 - Diagnostica
Poste Assicura copre, nel rispetto del massimale di 500,00 Euro previsto per persona e per anno e dello Scoperto sopra riportato, le spese per esami di laboratorio e accertamenti diagnostici, diversi da quelli elencati nella garanzia *Alta specializzazione,* resi necessari da Infortunio o Malattia, anche non connessi a un Ricovero.
L'Assicurato potrà accedere direttamente alla struttura convenzionata e, una volta ricevuta l'autorizzazione dalla stessa, beneficiare delle prestazioni richieste.

Art. 11.5.3 - Visite specialistiche
Poste Assicura copre, nel rispetto del massimale di 150,00 Euro previsto per persona e per anno nel caso di utilizzo di Strutture Mediche Convenzionate e 25,00 Euro/visita con un massimo di tre visite per persona e per anno nel caso di utilizzo di Strutture Mediche non Convenzionate, le spese per onorari dei medici per visite effettuate da specialisti rese necessarie da Infortunio o Malattia, anche non connessi a un Ricovero escluse comunque le visite odontoiatriche, odontotecniche, ginecologiche, pediatriche e oculistiche volte al controllo della vista.
L'Assicurato potrà accedere direttamente alla struttura convenzionata e, una volta ricevuta l'autorizzazione dalla stessa, beneficiare delle prestazioni richieste.

Art. 12 - Check-up
L'Assicurato potrà effettuare presso una delle Strutture Mediche Convenzionate e nel rispetto dei limiti sotto indicati, il seguente Check-up di prevenzione con costi totalmente a carico di Poste Assicura.
Il Check-up comprende gli esami di controllo di seguito riportati:
1) emocromo completo;
2) azotemia;
3) cloremia, sodiemia, potassiemia;
4) colesterolo totale (LDL e HDL);
5) creatininemia;
6) glicemia;
7) PCR (dall'inglese Polymerase Chain Reaction);
8) transaminasi;
9) trigliceridi;
10) uricemia;
11) esami urine completo.

L'esito degli esami è strettamente personale e verrà consegnato in unica copia esclusivamente all'Assicurato o a chi ne fa le veci.
Ogni Assicurato potrà usufruire del Check-up trascorsi 6 mesi dalla data di decorrenza della garanzia ed entro l'annualità di polizza. La periodicità sopra indicata (i.e., 6 mesi dalla data di decorrenza della garanzia) resta ferma per ogni nuova testa e verrà applicata anche a seguito di variazione della persona assicurata ai sensi dell'art. 4.1 delle Condizioni di Assicurazione. Pertanto il Contraente e l'Assicurato prendono atto che si potrebbero verificare dei casi in cui tale prestazione non risulti utilizzabile per una o più teste. Si rinvia agli artt. 1.4. e 4.1 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
Il Check-up potrà essere ripetuto una volta ogni anno per ciascun Assicurato, sempreché la Polizza sia regolarmente in vigore al momento della sua effettuazione.
L'assicurato potrà accedere direttamente alla struttura convenzionata e, una volta ricevuta l'autorizzazione dalla stessa, beneficiare delle prestazioni richieste.

Art. 13 - Assistenza
Poste Assicura eroga le prestazioni di *Assistenza* attraverso la Struttura Organizzativa di Inter Partner Assistan-

ce S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia), attiva 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno.
Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, le garanzie operano:
1) mediante contatto telefonico con la Struttura Organizzativa;
2) a seguito del verificarsi di un Sinistro causato da Infortunio o Malattia improvvisa;
3) entro il limite di 3 Sinistri per Assicurato ove non diversamente specificato, durante ciascun anno di validità della copertura;
4) senza limite di numero di prestazioni nell'ambito del medesimo Sinistro;
5) entro il limite previsto per ciascun tipo di prestazione.

Art. 13.1 - Consulto medico telefonico
La Struttura Organizzativa 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:
   a) reperimento dei mezzi di soccorso;
   b) reperimento di medici generici e specialisti;
   c) localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
   d) modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
   e) 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, sempre nel rispetto dei limiti meglio specificati nelle presenti Condizioni di Assicurazione. A parziale deroga di quanto previsto all'art. 13 punto 3) che precede, la prestazione può essere richiesta dall'Assicurato senza limitazioni nel numero di contatti.
Gli operatori della Struttura Organizzativa sono a disposizione dell'Assicurato per fornire supporto in lingua italiana, inglese e francese.

Art. 13.2 - Invio di un medico o di un'ambulanza
(Prestazione valida esclusivamente in Italia)
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.

Art. 13.3 - Trasporto sanitario programmato
(Prestazione valida esclusivamente in Italia)
Previa analisi del quadro clinico da parte del servizio medico della Struttura Organizzativa e d'intesa con il medico curante dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa è a disposizione per organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo qualora, a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, sia necessario:
1) il suo trasferimento presso l'Istituto di cura dove deve essere ricoverato;
2) il suo trasferimento dall'Istituto di cura presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso;
3) il suo rientro all'abitazione al momento della dimissione.

La Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento dell'Assicurato con costi a carico della Società e con i mezzi ritenuti più idonei a suo insindacabile giudizio, mediante:
   a) aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
   b) treno, prima classe, e, ove necessario, vagone letto;
   c) autoambulanza senza limiti di chilometraggio o altro mezzo di trasporto.

In base alle condizioni di salute dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa provvederà a fornire la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.
Sono escluse dalla prestazione:
1) le infermità o lesioni che a giudizio del servizio medico della Struttura Organizzativa possono essere curate sul posto;

2) le Malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
3) 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;
4) tutte le spese diverse da quelle indicate;
5) tutte le spese sostenute per Malattie preesistenti.

Art. 13.4 - 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 e di ricevere eventuali indicazioni diagnostiche o terapeutiche suppletive relativamente alle seguenti patologie:
1) oncologiche;
2) cerebrovascolari;
3) neurologiche degenerative, tra le quali sclerosi multipla;
4) del cuore e dei grandi vasi.

Il parere medico complementare, inviato entro 10 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione clinica completa, conterrà:
a) l'opinione dello specialista;
b) gli eventuali suggerimenti sulla terapia e raccomandazioni per controlli aggiuntivi;
c) le 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 (i.e., il predetto parere medico complementare) non è ripetibile e non potrà pertanto essere richiesta per patologie per le quali sia già stata effettuata una volta.

Si rinvia al successivo art. 24.1 delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di richiesta ed attivazione, da parte dell'Assicurato, della presente prestazione.

Art. 13.5 - Informazioni sanitarie telefoniche
(Prestazione operante da lunedì a venerdì dalle ore 09.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali)
Il servizio medico della Struttura Organizzativa potrà fornire, in caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato, informazioni relative a:
1) reperimento di mezzi di soccorso d'urgenza;
2) centri di cura pubblici e privati attrezzati per speciali patologie;
3) segnalazi*one di laboratori e centri diagnostici.*

La Struttura Organizzativa non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere le informazioni necessarie, sempre nel rispetto dei limiti meglio specificati nelle presenti Condizioni di Assicurazione.

Pacchetto opzionale - Cure dentarie

(da sottoscriversi in aggiunta ad una delle Soluzioni)

Art. 14 - Cure dentarie

Il pacchetto opzionale Cure dentarie si compone di due diversi piani di copertura con prestazioni crescenti: pacchetto “Base” e pacchetto “Top”.
Il pacchetto Base è composto dalle seguenti garanzie:
- cure dentarie a seguito di Infortunio;
- visita ed igiene dentale;
- interventi di Conservativa;
- Radiologia (RX endorali, ortopantomografia).

Il pacchetto Top, oltre a quanto già previsto per il Base, prevede in aggiunta:
- interventi di Chirurgia;
- interventi di Endodonzia.

Art. 14.1 - Cure dentarie a seguito di Infortunio

Poste Assicura copre le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche rese necessarie a seguito di Infortunio avvenuto in corso di copertura e sempreché le prestazioni stesse vengano effettuate durante il periodo di validità della copertura, entro il limite complessivo di 1.500,00 Euro per ciascun assicurato e anno assicurativo.
Il rimborso delle spese sarà effettuato esclusivamente previa presentazione di apposita certificazione di Pronto Soccorso comprovante l’Infortunio.

Per sottoporsi alle cure dentarie, l’Assicurato potrà scegliere se rivolgersi ad una struttura appartenente al Network odontoiatrico convenzionato (in questo caso, il pagamento della prestazione sarà sostenuto direttamente da Poste Assicura) o se avvalersi di una struttura esterna al Network odontoiatrico convenzionato, chiedendo il rimborso delle spese sostenute. Si rinvia all’art. 19.1 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Art. 14.2 - Cure odontoiatriche

Restando fermo quanto previsto dal precedente art. 14.1, Poste Assicura copre le spese sostenute per le prestazioni odontoiatriche indicate nella Tabella *Dettaglio Cure odontoiatriche;* tali prestazioni potranno essere richieste a seguito di patologie manifestatesi durante il periodo di validità del contratto e sempreché le cure vengano interamente effettuate durante il periodo di validità della copertura.
All’interno delle cure odontoiatriche è prevista una visita di prevenzione dentale finalizzata a promuovere la salute orale ed evitare la formazione di carie dentarie o malattie periodontali.
Per sottoporsi alle cure odontoiatriche, l’Assicurato potrà scegliere se rivolgersi ad una struttura appartenente al Network odontoiatrico convenzionato (in questo caso, il pagamento della prestazione sarà sostenuto direttamente da Poste Assicura) o se avvalersi di una struttura esterna al Network odontoiatrico convenzionato, chiedendo il rimborso delle spese sostenute. Si rinvia all’art. 19.2 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
Il pagamento diretto della prestazione da parte della Società, ovvero il rimborso delle spese sarà effettuato per ciascun Assicurato nel rispetto dei limiti tariffari e dei vincoli temporali previsti per singola prestazione riportati nella Tabella che segue.

Tabella - Dettaglio Cure odontoiatriche

Prestazione	Carenze	Vincoli temporali	Rimborso massimo Dentro Network	Rimborso massimo Fuori Network
PACCHETTO BASE				
PREVENZIONE DENTALE *(Da effettuarsi in un'unica soluzione)*				
Visita specialistica con piano di cura	90 giorni	1 ogni anno assicurativo e in unica seduta	**Nessun costo a carico dell'Assicurato**	**60,00 Euro**
Igiene orale (Detartrasi)				
Sigillatura dei solchi (fino a 13 anni)				
Istruzione Igiene orale				
CONSERVATIVA				
Otturazione di cavità di I classe - qualsiasi materiale - ad elemento	90 giorni	Complessivamente max 2 per anno (non ripetibili prima di 1 anno)	**Nessun costo a carico dell'Assicurato**	**60,00 Euro**
Otturazione di cavità di II classe - qualsiasi materiale - ad elemento				
Otturazione di cavità di III classe - qualsiasi materiale - ad elemento				
Otturazione di cavità di IV classe - qualsiasi materiale - ad elemento				
Otturazione di cavità di V classe - qualsiasi materiale - ad elemento				
RADIOLOGIA				
Rx Endorali	90 giorni	Il numero di RX autorizzato secondo giudizio medico e solo se propedeutico a cura garantita	**Nessun costo a carico dell'Assicurato**	**10,00 Euro**
Ortopantomografia delle due arcate		1 per anno		**30,00 Euro**
PACCHETTO TOP (in aggiunta a quanto previsto nel pacchetto Base)				
CHIRURGIA ORALE				
Apicectomia (per radice) compresa otturazione retro gradata e/o intervento per riposizionamento apicale	90 giorni	Non ripetibile prima di 1 anno; eventuale RX pre cure	**Nessun costo a carico dell'Assicurato**	**100,00 Euro**
Estrazione di dente o radice (semplice o complessa) - ad elemento	90 giorni	Max 2 per anno; eventuale RX pre cure	**Nessun costo a carico dell'Assicurato**	**60,00 Euro**
Estrazione di dente o radice in inclusione ossea (parziale o totale) - ad elemento				**100,00 Euro**
Estrazione di terzo molare in disodontiasi - ad elemento				**90,00 Euro**
Interventi di chirurgia preprotesica (per emiarcata) in caso di edentulia parziale o totale	150 giorni	Max 3 per anno; eventuale RX o foto digitale pre cure; Mai ripetibile sulla stessa arcata (frenulo-tomia o frenulectomia)	**Nessun costo a carico dell'Assicurato**	**90,00 Euro**
Interventi di piccola chirurgia orale (frenulotomia o frenulectomia) per arcata				**80,00 Euro**
Rizotomia (compreso lembo di accesso) - come unico intervento - per elemento pluriradicolato	150 giorni	Max 2 per anno; eventuale RX pre cure; Mai ripetibile sulla stessa arcata	**Nessun costo a carico dell'Assicurato**	**60,00 Euro**
Rizectomia e rizotomia (compreso lembo di accesso) - per elemento pluriradicolato				**90,00 Euro**
ENDODONZIA				
Cura canalare completa 1 canale (compresa otturazione) e ricostruzione coronale pre-endodontica - ad elemento	90 giorni	Max 1 cura canalare non ripetibile prima di 1 anno; Mai ripetibile sullo stesso elemento; eventuale RX pre cure	**Nessun costo a carico dell'Assicurato**	**90,00 Euro**
Cura canalare completa 2 canali (compresa qualsiasi tipo di otturazione) e ricostruzione coronale pre-endodontica - ad elemento				**110,00 Euro**
Cura canalare completa 3 o più canali (compresa qualsiasi tipo di otturazione) e ricostruzione coronale pre-endodontica - ad elemento				**130,00 Euro**

Norme in caso di Sinistro Infortuni e Malattia

Art. 15 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:
1) ai sensi dell'art. 1913 c.c. e fatte salve le esclusioni in esso indicate, comunicare il Sinistro alla Società entro 3 giorni da quello in cui il Sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza;
2) acconsentire alle eventuali visite di medici e alle indagini necessarie per la determinazione del diritto all'Indennizzo;
3) fornire ogni informazione necessaria per la verifica del diritto alle prestazioni previste dal contratto;
4) nel caso non ricorrano i termini per il pagamento diretto, presentare non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del Sinistro corredata dalla necessaria documentazione medica, inclusa copia della Cartella clinica completa in caso di Ricovero, Day Hospital o Day Surgery.

L'Assicurato scioglie a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato.
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 secondo la procedure del pagamento diretto ai sensi dell'art. 16.1 che segue.

In alternativa l'Assicurato può trasmettere la documentazione inerente il sinistro accedendo all'Area riservata presente sul sito www.poste-assicura.it.

Art. 16 - Modalità di pagamento: Grande Intervento Chirurgico e Rimborso Spese Mediche

L'Assicurato che debba essere ricoverato o sostenere un Intervento chirurgico potrà avvalersi delle seguenti opzioni:
1) usufruire del pagamento diretto delle spese di Ricovero o di Intervento a norma dell'art. 16.1 attivando preventivamente il contact center di Poste Welfare Servizi;
2) richiedere il pagamento a rimborso delle spese anticipate all'Istituto di cura e/o al medico non convenzionato a norma dell'art. 16.2 delle Condizioni di Assicurazione;
3) ottenere la corresponsione dell'indennità sostitutiva per l'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale in alternativa al rimborso delle eventuali spese sostenute durante il Ricovero, a norma dell'art. 16.3 delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 16.1 - Utilizzo di Istituti di cura ed équipe convenzionati: pagamento diretto

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a Strutture Mediche Convenzionate, la Società provvede al pagamento diretto delle spese sostenute dall'Assicurato a seguito di Ricovero o l'Intervento chirurgico di cui al punto B. degli artt. 5.1 e 11.1 delle Condizioni di Assicurazione o dell'eventuale eccedenza di spesa rispetto quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale.
Per usufruire del pagamento diretto delle spese, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare telefonicamente Poste Welfare Servizi:

Numero verde: 800.13.18.11
Numero telefonico per chiamate dall'estero: 02.82.44.32.10
operativi dal lunedì al venerdì dalle 08:00 alle 20:00 e il sabato dalle 08:00 alle 14:00

comunicando i seguenti dati:
1) numero di Polizza;
2) nome e cognome dell'Assicurato che richiede la prestazione;
3) struttura sanitaria convenzionata della quale intende avvalersi;
5) nome del chirurgo / équipe medica della quale intende avvalersi;
6) recapiti telefonici e indirizzo di posta elettronica per i successivi contattati.

L'elenco aggiornato delle Strutture Mediche Convenzionate con Poste Welfare Servizi è disponibile sul sito: www.poste-assicura.it. Contattando telefonicamente il contact center di Poste Welfare Servizi l'Assicurato potrà ottenere informazioni su tutti i medici convenzionati utilizzabili in ragione della specializzazione e della localizzazione territoriale richiesta.
Poste Welfare Servizi verifica la regolarità della copertura assicurativa e la posizione clinica dell'Assicurato e

si riserva di richiedere all'Assicurato o al medico titolare del Ricovero eventuali ulteriori informazioni o documentazione, nonché in caso di infortunio il referto di Pronto Soccorso corredato da immagini radiografiche, e di effettuare eventuali accertamenti preventivi tramite i propri medici fiduciari.
Successivamente al primo contatto, all'Assicurato verrà comunicato telefonicamente ovvero mediante posta elettronica o sms, un codice di autorizzazione alla prestazione, con efficacia temporale indicata dal contact center, che lo stesso utilizzerà per la prenotazione della prestazione. Il possesso del codice di autorizzazione non pregiudica la valutazione da parte della Struttura Medi ca Convenzionata sulla indennizzabilità del Sinistro a termini di Polizza, restando in ogni caso inteso che la prestazione in forma diretta verrà erogata solo ed esclusivamente in caso di validità della copertura assicurativa.

In caso di Ricovero o Intervento chirurgico dimostratamente urgente, la Struttura Medica Convenzionata provvederà direttamente a contattare Poste Welfare Servizi con la stessa modalità prevista in caso di richiesta di pagamento diretto da parte dell'Assicurato.

Il pagamento alle Strutture Mediche Convenzionate sarà effettuato direttamente da Poste Assicura, 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 Medica Convenzionata gli importi dell'eventuale Franchigia, nonché le eventuali altre spese non indennizzabili ai sensi della presente copertura assicurativa e l'eventuale eccedenza di spesa.

Resta inteso che il pagamento diretto non sarà comunque possibile nei seguenti casi:
1) quando la prenotazione dell'Istituto di cura avvenga senza il preventivo contatto del contact center di Poste Welfare Servizi e senza il possesso del codice di autorizzazione, salvo i casi di comprovata urgenza;
2) quando a insindacabile giudizio dello staff medico di Poste Welfare Servizi non sia certo il diritto alla prestazione richiesta in quanto, ad esempio, non pertinente alla diagnosi comunicata;
3) quando le spese siano relative a Ricoveri o Interventi chirurgici diversi da quelli per cui sia stato confermato il pagamento diretto da parte di Poste Welfare Servizi;
4) quando i Ricoveri o gli Interventi chirurgici non siano effettuati in Strutture Mediche Convenzionate o, ancorché effettuati all'interno di queste ultime, qualora le prestazioni siano erogate da medici non convenzionati con Poste Welfare Servizi. In tal caso la liquidazione, ove dovuta, avverrà come indicato all'art. 16.2.2 delle Condizioni di Assicurazione;
5) per spese sostenute prima del Ricovero o Intervento chirurgico;
6) in tutti i casi in cui non sia stata trasmessa la documentazione medica eventualmente richiesta da Poste Welfare Servizi o l'Assicurato non si sia sottoposto agli accertamenti preventivi espressamente richiesti.

In questi casi il rimborso, se dovuto e non diversamente specificato, sarà effettuato secondo le modalità di cui al successivo art. 16.2 con l'applicazione dello Scoperto di cui agli artt. 3 e 5.1 e 11.1 delle Condizioni di Assicurazione, anche quando le prestazioni siano state effettuate all'interno di Strutture Mediche Convenzionate.

Il pagamento che la Società avrà effettuato alla Struttura Medica Convenzionata solleverà la Società stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che quest'ultimo 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 del contact center, prestata in base alle notizie e alla documentazione fornite dall'Assicurato, non pregiudicano la valutazione della Società sull'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 corrisposte dalla Società nella misura in cui, in base alle Condizioni di Assicurazione, si configura per l'Assicurato l'assenza del diritto alla prestazione.
Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che la Società non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalla Struttura Medica Convenzionata. Pertanto il Contraente e gli Assicurati prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle suddette strutture che hanno prestato i servizi richiesti.

Per le spese sostenute dopo il Ricovero o l'Intervento chirurgico di cui al punto C. degli artt. 5.1.1e 11.1 delle Condizioni di Assicurazione, l'Assicurato potrà scegliere se procedere con la modalità di pagamento diretto secondo le indicazioni dettagliate al presente articolo oppure con la modalità di pagamento indiretto di cui all'art. 16.2.1 che segue. Lo Scoperto sarà applicato in tutti i casi in cui non ci sia la presa a carico diretta dei costi.

Art. 16.2 - Utilizzo di Istituti di cura e/o équipe non convenzionati: pagamento indiretto
Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a Istituti di cura e/o medici non convenzionati, la Società provvede a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute per il Ricovero o l'Intervento chirurgico di cui all'art. 5.1.1 e 11.1

delle Condizioni di Assicurazione nel rispetto dei limiti previsti dalla Soluzione prescelta indicati all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.
Per le spese sostenute **prima del Ricovero o dell'Intervento chirurgico** di cui al punto A. degli artt. 5.1.1 e 11.1 delle Condizioni di Assicurazione, l'Assicurato potrà procedere solo con la modalità di pagamento indiretto. In tal caso, non sarà applicato Scoperto laddove le spese siano state sostenute all'interno di Strutture Mediche Convenzionate.

Art. 16.2.1 - Istituto di cura ed équipe medica non convenzionati
Qualora l'Assicurato abbia deciso di non avvalersi di Strutture Mediche Convenzionate oppure nei casi in cui non sia ammesso il pagamento diretto, la Società provvede al rimborso delle spese sostenute a cura ultimata, fermi eventuali Franchigie, Scoperti e limiti di Indennizzo.

L'Assicurato deve denunciare il Sinistro entro 3 giorni da quando il Sinistro si è verificato o comunque non appena ne abbia avuto la possibilità.
La denuncia dovrà essere corredata da:
1) copia della prescrizione medica contenente la diagnosi, la data di insorgenza e la dichiarazione che escluda il collegamento con Infortuni o Malattie preesistenti alla decorrenza della garanzia;
2) copia della Cartella clinica completa e della scheda di dimissione ospedaliera in caso di Ricovero, Day Hospital o Day Surgery;
3) dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate in caso di Intervento chirurgico ambulatoriale;
4) altra documentazione sanitaria compresi i relativi referti clinici, copia delle prescrizioni degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi al Ricovero o all'Intervento;
5) referto del Pronto Soccorso corredato da immagini radiografiche e altra documentazione eventualmente richiesta in caso di Infortunio;
6) copia delle fatture, notule, distinte e ricevute fiscalmente regolari e quietanzate.

La denuncia deve essere inviata tramite posta elettronica (sinistri.fuoriconvenzione@poste-assicura.it), oppure accedendo all'area riservata presente sul sito www.poste-assicura.it, oppure a mezzo raccomandata a/r, compilando il *Modello Denuncia Sinistro - Fuori Convenzione* allegato al presente fascicolo, a

Poste Assicura S.p.A.
Ufficio Sinistri
Viale Beethoven, 11
00144 Roma

Art. 16.2.2 - Istituto di cura convenzionato ed équipe medica non convenzionata
In caso di Ricovero o Intervento chirurgico effettuato presso una Struttura Medica Convenzionata, ma con prestazioni erogate da medici non convenzionati, la Società provvede al pagamento delle spese in forma mista:
1) pagamento diretto delle voci di fattura inerenti l'Istituto di cura convenzionato, fermo quanto stabilito all'art. 16.1 che precede;
2) pagamento indiretto delle spese sostenute per i medici non convenzionati, anticipate dall'Assicurato e successivamente rimborsate da Poste Assicura, fermi eventuali Franchigie, Scoperti e limiti di Indennizzo, secondo la procedura indicata al precedente art. 16.2.1.

Art. 16.3 - Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale
Qualora l'Assicurato abbia deciso di ricorrere al Servizio Sanitario Nazionale o a strutture con questo convenzionate o accreditate - ovvero in assenza di richieste di rimborso delle spese sostenute durante il Ricovero - la Società corrisponde l'indennità sostitutiva di cui all'art. 5.2 e 11.2 delle Condizioni di Assicurazione previa presentazione - a dimissione avvenuta - di copia della certificazione definitiva (Cartella clinica completa e documentazione medica) attestante durata e ragioni del Ricovero.
La denuncia del Sinistro dovrà in ogni caso essere effettuata seguendo quanto stabilito dall'art. 16.2.1 che precede.

Art. 17 - Modalità di pagamento: Diaria
L'Assicurato che richieda la corresponsione di una o più delle diarie dovute ai sensi dell'art. 8 delle Condizioni di Assicurazione, deve presentare denuncia di Sinistro per iscritto entro 3 giorni dalla data del Ricovero, Day Hospital o Day Surgery o dal momento in cui il Contraente o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità.
La denuncia dovrà essere corredata da:
1) dichiarazione medica che escluda il collegamento con Infortuni o Malattie preesistenti alla decorrenza della garanzia;
2) copia della Cartella clinica completa dalla quale risulti la diagnosi circostanziata e il numero dei pernottamen-

ti o dei giorni di Day Hospital, di convalescenza o di immobilizzazione;
3) referto del Pronto Soccorso corredato da immagini radiografiche e altra documentazione eventualmente richiesta.

Qualora la Cartella clinica non sia disponibile all'atto della denuncia, potrà essere inviata successivamente sempre al medesimo indirizzo. La denuncia deve essere inviata tramite posta elettronica (sinistri.fuoriconvenzione@poste-assicura.it) oppure accedendo all'area riservata presente sul sito www.poste-assicura.it, oppure a mezzo raccomandata a/r, compilando il *Modello Denuncia Sinistro - Diaria* allegato al presente fascicolo, a

Poste Assicura S.p.A.
Ufficio Sinistri
Viale Beethoven, 11
00144 Roma

Poste Assicura compiuti gli accertamenti del caso determina l'Indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione all'interessato e, avuta notizia della sua accettazione, provvede al pagamento.

Art. 18 - Modalità di pagamento: Spese extra Ricovero e Check-up

Art. 18.1 - Spese Alta specializzazione, Diagnostica e Visite specialistiche

L'Assicurato che debba sostenere una delle prestazioni di cui agli artt. 8.5 e 11.5 delle Condizioni di Assicurazione in caso di Infortunio o Malattia che non comportino un Ricovero o un Intervento chirurgico potrà avvalersi, fermi gli Scoperti e i limiti di Indennizzo ivi previsti, delle seguenti opzioni:

1) usufruire del pagamento diretto secondo le modalità operative previste agli artt. 8.5.2, 8.5.3, 11.5.2 e 11.5.3. Lo Scoperto a carico dell'Assicurato dovrà essere pagato direttamente alla Struttura;
2) richiedere il pagamento a rimborso delle spese anticipate alla Struttura Medica non Convenzionata secondo quanto indicato nell'art. 16.2.1 che precede. L'Indennizzo delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica, contenente regolare diagnosi o sospetto diagnostico e la data di insorgenza; inoltre tutte le spese devono essere debitamente documentate, presentando copia delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

Qualora l'Assicurato richieda il rimborso dei soli ticket, in quanto sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, la Società riconoscerà il rimborso delle spese a tale titolo sostenute senza applicazione dello Scoperto e nei limiti di somma assicurata previsti per l'utilizzo di Strutture Mediche Convenzionate.

Art. 18.2 - Check-up

Per effettuare gli esami di prevenzione previsti dal *Check up* con costi totalmente a carico della Società di cui all'art. 6, 9 e 12 delle Condizioni di Assicurazione, l'Assicurato potrà accedere direttamente alla struttura convenzionata e, dopo aver ricevuta l'autorizzazione da parte della struttura, beneficiare delle prestazioni richieste. Resta in ogni caso inteso che la Società non provvederà al pagamento di:

a) prestazioni aggiuntive rispetto a quelle elencate agli artt. 6, 9 e 13 delle Condizioni di Assicurazione;
b) esami di prevenzione medica se effettuati per proprio conto dall'Assicurato.

Art. 19 - Modalità di pagamento: Pacchetto opzionale Cure dentarie (pacchetto Base e pacchetto Top)

Art. 19.1 - Come usufruire delle prestazioni Cure dentarie a seguito di Infortunio

L'Assicurato che debba ricorrere a *Cure dentarie a seguito di Infortunio,* fermo restando il limite di 1.500,00 Euro per persona e per anno, potrà alternativamente:

a) rivolgersi direttamente ad una delle strutture facenti parte del Network odontoiatrico di Poste Welfare Servizi. In questo caso, sarà la Società a farsi direttamente carico della relativa spesa. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura odontoiatrica scelta il referto di Pronto Soccorso attestante l'Infortunio, comprensivo di radiografia panoramica dentale, e comunicare il numero di Polizza. La struttura, una volta verificata la regolarità della copertura assicurativa provvederà ad inoltrare la documentazione a Poste Welfare Servizi. Una volta ottenuta l'autorizzazione, sarà cura della struttura concordare con l'Assicurato i necessari appuntamenti per l'erogazione delle prestazioni necessarie. Poste Assicura terrà a proprio carico i costi relativi alle prestazioni richieste;
b) rivolgersi ad una struttura odontoiatrica non facente parte del Network odontoiatrico convenzionato; Poste Assicura provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato.

La richiesta di rimborso delle spese sostenute può essere inviata tramite posta elettronica (sinistri.fuoriconvenzione@poste-assicura.it), oppure accedendo all'area riservata presente sul sito

www.poste-assicura.it, o in alternativa a mezzo raccomandata a/r, compilando il *Modello Denuncia Sinistro - Fuori Convenzione* allegato al presente fascicolo, a:

Poste Assicura S.p.A.
Ufficio Sinistri
Viale Beethoven, 11
00144 Roma

La richiesta dovrà essere corredata da referto di Pronto Soccorso attestante l'Infortunio, comprensiva di immagini radiografiche e altra documentazione richiesta, e le fatture/ricevute di spesa.

Art. 19.2 - Come usufruire delle altre prestazioni previste dal pacchetto Cure Dentarie
L'Assicurato che debba sottoporsi ad una delle cure odontoiatriche di cui all'art. 14.2 delle Condizioni di Assicurazione, potrà alternativamente:

a) rivolgersi direttamente ad una delle strutture convenzionate facenti parte del Network odontoiatrico di Poste Welfare Servizi; in tal caso la Società si farà direttamente carico dei relativi costi.

   L'Assicurato potrà recarsi direttamente presso la struttura scelta comunicando il numero di Polizza. La struttura, una volta verificata la regolarità della copertura assicurativa e verificato che sia trascorso il periodo di carenza, provvederà ad inoltrare a Poste Welfare Servizi la Scheda anamnestica dentaria e l'eventuale Piano di Cura al fine di riceverne l'approvazione. Una volta ottenuta tale approvazione, sarà cura della struttura concordare con l'Assicurato i necessari appuntamenti per l'erogazione delle prestazioni richieste.
   Sarà cura del medico odontoiatra redigere un'attestazione contenente la descrizione della prestazione effettuata, indicazione dell'elemento dentario o arcata oggetto di prestazione, data e ora della seduta (diario clinico).
   Qualora il Piano di Cura preveda prestazioni che non siano oggetto di copertura, l'Assicurato potrà comunque usufruire di tariffe agevolate presso le strutture odontoiatriche facenti parte del Network di Poste Welfare Servizi.

b) rivolgersi ad una struttura odontoiatrica non facente parte del Network odontoiatrico convenzionato; Poste Assicura provvederà al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, fermi i limiti di cui all'art. 14.2 delle Condizioni di Assicurazione.
   La richiesta di rimborso delle spese sostenute può essere inviata tramite posta elettronica (sinistri.fuoriconvenzione@poste-assicura.it), oppure accedendo all'area riservata presente sul sito www.poste-assicura.it, o in alternativa a mezzo raccomandata a/r, compilando il *Modello Denuncia Sinistro - Fuori Convenzione* allegato al presente fascicolo, a:

   Poste Assicura S.p.A.
   Ufficio Sinistri
   Viale Beethoven, 11
   00144 Roma

La richiesta dovrà essere corredata da copia delle fatture, notule, distinte e ricevute fiscalmente regolari e quietanzate e dall'attestazione del medico odontoiatra contenente la descrizione della prestazione effettuata, indicazione dell'elemento dentario o arcata oggetto di prestazione, data e ora della seduta (diario clinico).

Art. 20 - Unico Sinistro

Ai fini dell'applicazione dei limiti previsti dalla Soluzione prescelta devono considerarsi quale Unico Sinistro:
1) più interventi nella stessa seduta;
2) più interventi durante lo stesso periodo di Ricovero;
3) ogni serie di accertamenti o prestazioni previste da una medesima prescrizione medica o per il medesimo Infortunio o Malattia.

Si precisa che nel caso in cui gli Interventi chirurgici effettuati abbiano limiti di Indennizzo diversi tra di loro, Poste Assicura liquiderà il Sinistro con riferimento alla somma assicurata più elevata.

Art. 21 - Esonero denuncia altre assicurazioni
Il Contraente o l'Assicurato è esonerato dall'obbligo di dare comunicazione per iscritto a Poste Assicura 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

l'esistenza di qualsiasi altra copertura assicurativa stipulata in relazione al medesimo rischio con altre compagnie o con la stessa Poste Assicura.
Qualora l'Assicurato, sempreché non abbia optato per la corresponsione dell'indennità sostitutiva per utilizzo Servizio Sanitario Nazionale abbia presentato anche a terzi le notule, le fatture o le 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. 22 - Valuta di pagamento

In caso di Ricovero o Intervento chirurgico all'estero, il pagamento delle indennità dovute o il rimborso delle spese sostenute verranno effettuati in Italia in euro al cambio medio rispettivamente del mese e della settimana in cui sono state sostenute le spese dall'Assicurato, rilevato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Art. 23 - 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 contrattualmente stabiliti le parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, 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 essere 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 rifiuti di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa del predetto verbale salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.
Resta salva la facoltà di adire all'Autorità Giudiziaria, salvo diverse disposizioni di legge.

Norme in caso di Sinistro Assistenza

Art. 24 - Modalità di attivazione delle prestazioni

L'Assicurato, o chi agisce in sua vece, per usufruire delle prestazioni previste, deve contattare preventivamente la Struttura Organizzativa di Assistenza ai seguenti numeri:

numero verde 800.55.40.84
numero dall'estero +39.06.42.115.799

fornendo:
1) il numero della Polizza;
2) le proprie generalità (nome e cognome);
3) le generalità del Contraente (nome e cognome);
4) il tipo di prestazione richiesta;
5) il numero di telefono al quale essere contattati.

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 si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato la restituzione delle spese sostenute in seguito all'effettuazione delle prestazioni di Polizza, che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge. In caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per sua negligenza, la Società non è tenuta a fornire alcuna altra prestazione in alternativa o a titolo di compensazione rispetto a quella offerta.

Art. 24.1 - Modalità di attivazione della prestazione Second Opinion

Per usufruire della prestazione in oggetto 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 Assistance S.A.,** Rappresentanza Generale per l'Italia, Servizio Medico, Via Bernardino Alimena 111 - 00173 Roma:
   a) una copia di un documento di identità valido;
   b) la documentazione clinica completa, il proprio numero di Polizza e il numero del Sinistro (fornito dall'operatore della Struttura Organizzativa al momento della denuncia);
   c) il *Questionario dati anamnestici* sottoscritto dallo stesso e dal suo medico curante;
   d) l'autorizzazione a contattare il suo medico curante;
   e) l'autorizzazione alla Società circa il trattamento dei dati forniti (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR));
   f) 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'interessato 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 richiesta.

ALLEGATO

ELENCO 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, etc.)
- Trattamento chirurgico diretto di Malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole arterovenose)
- 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, etc.)
- 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
- Emipelvectomia
- 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 (lobectomia, pneumonectomia)

TRAPIANTI
- Tutti

Modello richiesta utilizzo Network convenzionato

(da utilizzare esclusivamente su indicazione di Poste Welfare Servizi)

Il presente modulo, interamente compilato e sottoscritto, va inoltrato al seguente indirizzo mail: :
sinistri.inconvenzione@poste-assicura.it

Attenzione: leggere l'informativa relativa al Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR) ed apporre la firma per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili. In assenza del consenso, la richiesta non potrà essere presa in considerazione.

NR. DI POLIZZA .....

Dati del Contraente

Cognome ..... Nome .....

È assicurato per tali eventi presso altre Compagnie (se sì quali)? .....

.....

Dati dell'Assicurato ***(se diverso dal Contraente)***

Cognome ..... Nome .....

È assicurato per tali eventi presso altre Compagnie (se sì quali)? .....

.....

PRESTAZIONE RICHIESTA:

- ❑ RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO
- ❑ RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO
- ❑ DAY SURGERY
- ❑ PARTO
- ❑ ALTA DIAGNOSTICA
- ❑ CHECK UP

STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA SCELTA: ..... PROV .....
EQUIPE MEDICA CONVENZIONATA: DR .....
PATOLOGIA/DIAGNOSI.....
DATA DI PRIMA DIAGNOSI .....
NOTE DEL MEDICO CURANTE .....

DATA PREVISTA PER LA PRESTAZIONE/RICOVERO: ...../...../.....
TIPOLOGIA DI INTERVENTO: .....
PRESTAZIONE DI ALTA DIAGNOSTICA RICHIESTA .....

PERIODO UTILE PER LA PRENOTAZIONE: DAL ..... AL .....
GIORNI NON DISPONIBILI:.....

ATTENZIONE:
Si ricorda che per le prestazioni di Ricovero è obbligatorio inviare, unitamente al presente modulo, la prescrizione del medico curante prima della data prevista per il ricovero, nonché l'eventuale ulteriore documentazione indicata nelle condizioni di Polizza.
Il servizio di pagamento diretto potrà essere effettuato solo con riferimento ad Istituti di cura ed équipe medica convenzionati.

Ricevuta l'informativa ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR), acconsento al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti dalla copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente Poste Welfare Servizi, Istituto di cura, medici professionisti, nei limiti delle attività dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Consenso del richiedente la prestazione

.....
(firma)

Il sottoscritto, coerentemente con le condizioni di polizza, si impegna:
- a pagare direttamente all'Istituto di cura e ai medici convenzionati tutte le prestazioni non contemplate in polizza ed ogni altra spesa "extra-sanitaria" che risultasse non indennizzabile ai sensi di polizza;
- a pagare direttamente l'Istituto di cura e/o professionista medico gli importi eccedenti gli eventuali massimali/limiti annui globali o per evento, nonché gli importi relativi alle franchigie e/o scoperti;
- a rimborsare a posteriori alla Società le eventuali spese dalla stessa già liquidate che, dall'esame della cartella clinica o di altra documentazione medica, anche successiva alla erogazione delle prestazioni sanitarie stesse, risultassero non contemplate dalle coperture previste.

La sottoscrizione del presente atto costituisce delega all'incasso a favore della struttura sanitaria e dei medici specialisti convenzionati di tutte le somme contrattualmente dovute alla Società assicuratrice.

Luogo e data ...../...../.....

Firma dell'Assicurato (o di chi ne esercita la potestà in caso di minore) per accettazione

.....

Autorizzazione al rilascio di informazioni a terze persone diverse dall'Assicurato

ATTENZIONE: Compilare i seguenti campi richiesti al solo scopo di identificare le persone autorizzate a conoscere informazioni sullo stato della polizza o del sinistro

Sig/ra .....

Codice fiscale .....

Tipologia di documento .....

Indirizzo di posta elettronica .....

Numero di telefono .....

Dichiaro di aver letto e compreso l'Informativa privacy resa ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR) e di prestare libero consenso al trattamento dei miei dati personali (in particolare, di quelli idonei a rivelare il mio stato di salute) nei termini indicati nell'Informativa stessa.

Data …../……/……..... **Firma dell'Assicurato (o di chi ne fa le veci)** .....

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.
Le ricordiamo inoltre che la documentazione da allegare sopra citata non è in ogni caso esaustiva e non esonera la Compagnia dal richiedere eventuale ulteriore documentazione necessaria ai fini istruttori

PosteProtezione Innova Salute *Più*
Modello Denuncia Sinistro - Fuori Convenzione

Da compilare per effettuare richiesta di rimborso delle spese sostenute

Il presente Modello è da spedire via mail al seguente indirizzo di posta elettronica:
sinistri.fuoriconvenzione@poste-assicura.it
oppure accedendo all'area riservata presente sul sito www.poste-assicura.it, oppure a mezzo raccomandata a/r al seguente indirizzo:

Poste Assicura S.p.A.
Ufficio Sinistri
Viale Beethoven, 11
00144 Roma

ATTENZIONE: leggere l'informativa relativa al Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR) ed apporre la firma per il consenso al trattamento dei dati personali. In assenza del consenso, la richiesta non potrà essere presa in considerazione.

Polizza N° .....

Dati del Contraente

Cognome ..... Nome .....

È assicurato per tali eventi presso altre Compagnie (se sì quali)? .....

Dati dell'Assicurato *(se diverso dal Contraente)*

Cognome ..... Nome .....

È assicurato per tali eventi presso altre Compagnie (se sì quali)? .....

RIMBORSO RICHIESTO
L'Assicurato chiede il rimborso delle seguenti notule/fatture - che allega in copia - le cui spese sono state già anticipate dallo stesso:

Fattura numero	Emessa da	Data	Importo

PROMEMORIA ALL'INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE
1) Occorre compilare un modello per ogni Assicurato e per ogni Sinistro.
2) Le notule/fatture allegate non relative ad un Intervento devono essere accompagnate da prescrizione medica con l'indicazione della patologia presunta o diagnosticata.
3) La documentazione di spesa deve pervenire in copia e accompagnata dal documento riepilogativo su cui figura l'ammontare di detto rimborso.
4) Per le spese sostenute nei giorni pre/post Intervento, se inviate separatamente, occorre indicare nell'apposito spazio il relativo periodo di Ricovero.
5) Per il rimborso delle spese relative ai medicinali del post-Ricovero occorrono prescrizione medica, scontrino della farmacia.

PosteProtezione Innova Salute *Più*
Modello Denuncia Sinistro - Fuori Convenzione

Certificato anamnestico

(sezione da compilare esclusivamente per il rimborso delle spese sostenute relative al Pacchetto Cure dentarie)

Numero Polizza ..... Assicurato .....

Il presente certificato anamnestico va compilato in ogni sua parte, a cura dell'Odontoiatra

SCHEDA ANAMNESTICA

DX					SUPERIORE										SX
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
DX					INFERIORE										SX

Legenda

X	Elemento Estratto	
Y	Elemento trattato	Indicare data insorgenza patologia (mese/anno)
Z	Elemento non trattato che necessita di cure	Indicare data insorgenza patologia (mese/anno)

Luogo ..... Data ...../...../.....

Firma e timbro del Medico Odontoiatra .....

Firma dell'Assicurato (o di chi ne fa le veci) .....

1) Per il rimborso delle spese sostenute relative al pacchetto Cure dentarie a seguito di Infortunio si ricorda di allegare referto del Pronto Soccorso e immagini radiografiche.
2) Per le Cure odontoiatriche si ricorda di allegare l'attestazione del medico odontoiatra contenente la descrizione della prestazione effettuata, indicazione dell'elemento dentario o arcata oggetto di prestazione, data e ora della seduta (diario clinico).

Modalità di liquidazione delle spese (barrare con "x" la modalità prescelta):

❑ Accredito sul c/c dell'Assicurato N°.....

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

❑ Accredito sul Libretto di Risparmio Postale dell'Assicurato

Libretto N° | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

❑ Assegno intestato all'Assicurato

Ricevuta l'informativa ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR), acconsento al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali, necessari per la gestione e la liquidazione dei Sinistri previsti dalla copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente Poste Welfare Servizi, Istituto di cura, medici professionisti, nei limiti delle attività dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Autorizzazione al rilascio di informazioni a terze persone diverse dall'Assicurato

ATTENZIONE: Compilare i seguenti campi richiesti al solo scopo di identificare le persone autorizzate a conoscere informazioni sullo stato della polizza o del sinistro

Sig/ra .....

Codice fiscale .....

Tipologia di documento .....

Indirizzo di posta elettronica .....

Numero di telefono .....

Dichiaro di aver letto e compreso l'Informativa privacy resa ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR) e di prestare libero consenso al trattamento dei miei dati personali (in particolare, di quelli idonei a rivelare il mio stato di salute) nei termini indicati nell'Informativa stessa.

Data …../……/……..... **Firma dell'Assicurato (o di chi ne fa le veci)** .....

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.
Le ricordiamo inoltre che la documentazione da allegare sopra citata non è in ogni caso esaustiva e non esonera la Compagnia dal richiedere eventuale ulteriore documentazione necessaria ai fini istruttori.

PosteProtezione Innova Salute *Più*
Modello Denuncia Sinistro - Diaria

Da compilare per effettuare richiesta di rimborso delle spese sostenute

Il presente Modello è da spedire via mail al seguente indirizzo di posta elettronica: **sinistri.fuoriconvenzione@poste-assicura.it** oppure accedendo all'area riservata presente sul sito www.poste-assicura.it, oppure a mezzo raccomandata a/r al seguente indirizzo:

Poste Assicura S.p.A.
Ufficio Sinistri
Viale Beethoven, 11
00144 Roma

Attenzione: leggere l'informativa relativa al Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR) ed apporre la firma per il consenso al trattamento dei dati personali. In assenza del consenso, la richiesta non potrà essere presa in considerazione.

Polizza N° .....

Dati del Contraente

Cognome ..... Nome .....

È assicurato per tali eventi presso altre Compagnie (se sì quali)? .....

.....

Dati dell'assicurato ***(se diverso dal Contraente)***

Cognome ..... Nome .....

È assicurato per tali eventi presso altre Compagnie (se sì quali)? .....

.....

DIARIA RICHIESTA

❑ Ricovero ❑ Convalescenza
❑ Lungodegenza ❑ Gesso

MOTIVAZIONI RICHIESTA

❑ Malattia
❑ Infortunio
❑ Parto

DATI RELATIVI AL SINISTRO

Il Sinistro è avvenuto il giorno ...../...../..... alle ore ..... con le seguenti modalità: .....

.....

.....

.....

Data d'ingresso ...../...../.....

Data di dimissione ...../...../ .....

Denominazione e località dell'Istituto di Cura .....

Modalità di liquidazione delle spese (barrare con "x" la modalità prescelta):

❑ Accredito sul c/c dell'Assicurato N°.....

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

❑ Accredito sul Libretto di Risparmio Postale dell'Assicurato

Libretto N° | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

❑ Assegno intestato all'Assicurato

Ricevuta l'informativa ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR), acconsento al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali, necessari per la gestione e la liquidazione dei Sinistri previsti dalla copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente Poste Welfare Servizi, Istituto di cura, medici professionisti, nei limiti delle attività dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Autorizzazione al rilascio di informazioni a terze persone diverse dall'Assicurato

ATTENZIONE: Compilare i seguenti campi richiesti al solo scopo di identificare le persone autorizzate a conoscere informazioni sullo stato della polizza o del sinistro

Sig/ra .....

Codice fiscale .....

Tipologia di documento .....

Indirizzo di posta elettronica .....

Numero di telefono .....

Dichiaro di aver letto e compreso l'Informativa privacy resa ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR) e di prestare libero consenso al trattamento dei miei dati personali (in particolare, di quelli idonei a rivelare il mio stato di salute) nei termini indicati nell'Informativa stessa.

Data …../……/……..... **Firma dell'Assicurato (o di chi ne fa le veci)** .....

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.
Le ricordiamo inoltre che la documentazione da allegare sopra citata non è in ogni caso esaustiva e non esonera la Compagnia dal richiedere eventuale ulteriore documentazione necessaria ai fini istruttori

Poste Assicura S.p.A. • 00144, Roma (RM), Viale Beethoven, 11 • Tel.: (+39) 06 549241 • Fax: (+39) 06 54924203 • PEC: posteassicura@pec.poste-assicura.it • www.poste-assicura.it • Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001, Capitale Sociale Euro 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001, REA n. 1013058 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alla delibera ISVAP n. 2788/2010 • Società appartenente al gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Vita S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.

Mod. 0398 Ed. maggio 2018

Per informazioni:

800.13.18.11

infoclienti@poste-assicura.it

Posteitaliane