

postaprotezione SiCura

Contratto di assicurazione infortuni, malattia
e assistenza

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

Prima della sottoscrizione leggere
attentamente la Nota Informativa

postaprotezione SiCura

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) ed inserisci il **numero identificativo della polizza che possiedi**. 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, nel **box Area Clienti**, **clicca su Registrati**;
- 2) inserisci i tuoi **dati anagrafici**;
- 3) inserisci i tuoi dati di indirizzo. **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**, inserisci la domanda e il codice di sicurezza;
- 5) **stampa i dati o salva la pagina** che ti viene proposta dal sistema perché contiene la tua **User ID** (Nome Utente) e il tuo **codice cliente**;
- 6) ricevi tramite **sms** il codice di attivazione;
- 7) inserisci il **codice di attivazione** nell'Area Clienti del sito www.postevita.it o www.poste-assicura.it;
- 8) entra adesso nell'Area Clienti del sito www.postevita.it o www.poste-assicura.it con Nome Utente e Password ed inserisci nell'apposito campo il **numero identificativo della polizza che possiedi**. 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	PAG.	1/7
A - INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	PAG.	1/7
B - INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	PAG.	1/7
C - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	PAG.	4/7
Glossario	PAG.	6/7
Condizioni di Assicurazione	PAG.	1/24
Art.1 - Informazioni generali	PAG.	1/24
Art.1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.....	PAG.	1/24
Art.1.2 - Conclusione del contratto - Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio	PAG.	1/24
Art.1.3 - Determinazione e adeguamento del premio annuo.....	PAG.	2/24
Art.1.4 - Durata e proroga dell'assicurazione	PAG.	4/24
Art.1.5 - Foro competente e procedimento di mediazione	PAG.	5/24
Art.1.6 - Modifiche del contratto di assicurazione.....	PAG.	5/24
Art.1.7 - Aggravamento e diminuzione del rischio	PAG.	5/24
Art.1.8 - Oneri fiscali	PAG.	5/24
Art.1.9 - Estensione territoriale	PAG.	5/24
Art.1.10 - Legge applicabile e rinvio	PAG.	5/24
Art.1.11 - Prescrizione	PAG.	5/24
Art.1.12 - Rinuncia al diritto di rivalsa	PAG.	5/24
Art.1.13 - Reclami.....	PAG.	5/24
Art. 2 - Piani di copertura	PAG.	7/24
Art. 2.1 - Massimali.....	PAG.	7/24
Art. 2.2 - Operatività della copertura	PAG.	7/24
Art. 2.3 - Garanzie/Opzioni facoltative	PAG.	7/24
Art. 3 - Oggetto dell'assicurazione	PAG.	8/24
Art. 3.1 - Interventi chirurgici	PAG.	8/24
Art. 3.2 - Parto	PAG.	9/24
Art. 3.3 - Indennità sostitutiva Servizio Sanitario Nazionale	PAG.	9/24
Art. 3.4 - Prestazioni di Assistenza	PAG.	9/24
Art. 4 - Garanzie/Opzioni facoltative	PAG.	13/24
Art. 4.1 - Alta Diagnostica	PAG.	13/24
Art. 4.2 - Check-up	PAG.	14/24
Art. 4.3 - Opzione Franchigia	PAG.	14/24
Art. 5 - Persone assicurabili - Limiti assuntivi	PAG.	15/24
Art. 6 - Persone non assicurabili	PAG.	15/24
Art. 7 - Massimali e scoperti	PAG.	15/24
Art. 7.1 - Unico sinistro	PAG.	16/24
Art. 7.2 - Limiti di rimborso per specifici interventi chirurgici.....	PAG.	16/24
Art. 8 - Termini di carenza	PAG.	16/24
Art. 9 - Esclusioni	PAG.	17/24

Art. 10 - Sostituzioni di polizza	PAG. 18/24
Art. 11 - Rinnovo della copertura	PAG. 19/24
Art. 12 - Modalità di utilizzo della copertura e obblighi in caso di sinistro	PAG. 20/24
Art. 12.1 - Intervento chirurgico e parto	PAG. 20/24
Art. 12.2 - Prestazioni di Alta diagnostica	PAG. 22/24
Art. 12.3 - Check-up	PAG. 22/24
Art. 12.4 - Assistenza.....	PAG. 23/24
Art. 13 - Altri obblighi in caso di sinistro	PAG. 24/24
Art. 14 - Esonero denuncia altre assicurazioni	PAG. 24/24
Art. 15 - Valuta di pagamento	PAG. 24/24
Art. 16 - Collegio medico	PAG. 24/24

Moduli ed Informative accessorie

Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici

Informativa privacy relativamente all'attività liquidazione sinistri

Moduli

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

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Poste Assicura S.p.A. è una compagnia di assicurazione italiana.

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

I dati di seguito riportati si riferiscono all'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2012:

- il Patrimonio netto ammonta a 33,02 milioni di Euro, di cui 25,00 milioni di Euro di Capitale Sociale e 8,02 milioni di Euro di Riserve patrimoniali;
- gli elementi costitutivi del Margine di solvibilità risultano pari a 29,55 milioni di Euro a fronte di un Margine di solvibilità da costituire pari a 5,30 milioni di Euro con un Indice di solvibilità che si attesta al 5,58.

Per la consultazione degli aggiornamenti dei dati patrimoniali dell'Impresa si rinvia al sito internet dell'Impresa: www.poste-assicura.it

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

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

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

La presente copertura assicurativa garantisce all'Assicurato:

- le spese mediche sostenute nei 60 giorni prima, durante e nei 90 giorni successivi ad un intervento chirurgico subito in conseguenza di infortunio o malattia, compresi gli interventi chirurgici ambulatoriali senza pernottamento (Day Surgery);
- le spese mediche sostenute in caso di parto naturale o con taglio cesareo;
- una indennità sostitutiva in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
- le prestazioni di Assistenza in Italia e all'estero.

Si rinvia all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

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

- spese di Alta Diagnostica (operante se richiamata in polizza);

- spese relative al Check-up (operante se attivata la garanzia Alta Diagnostica).

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

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

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

Si rinvia agli artt. 1.2, 5, 6, 8 e 9 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

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

Si rinvia agli artt. 3, 4 e 7 delle Condizioni di 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 massimali.

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

Avvertenza: sono assicurabili le persone fisiche di età non superiore ai 74 anni all'atto della sottoscrizione, ovvero che non abbiano ancora compiuto i 75 anni.

Il contratto può rinnovarsi tacitamente e la copertura rimanere efficace fino alla scadenza annuale successiva al compimento del 75° anno di età.

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

4. Periodi di carenza contrattuali

Avvertenza: sono presenti alcuni termini di carenza durante i quali la garanzia non è operante.

Si rinvia all'art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.

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

Avvertenza: 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 6 delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza: per la conclusione del presente contratto è prevista la sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute, contenente delle dichiarazioni che l'Assicurato deve sottoscrivere in maniera puntuale e veritiera.

Avvertenza: ai contratti di assicurazione si applicano talune cause di nullità, ivi incluse le cause di nullità 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 devono dare comunicazione scritta a Poste Assicura S.p.A. di ogni aggravamento o diminuzione del rischio oggetto della presente polizza. Gli aggravamenti di rischio non noti o che, se conosciuti, non sarebbero stati accettati da Poste Assicura S.p.A. in quanto riconducibili ad uno stato di non assicurabilità della persona possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Per le conseguenze derivanti dalla mancata comunicazione si rinvia agli artt. 1.7 e 6 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 scritta alla Società in quanto ciò può costituire aggravamento o diminuzione di rischio secondo quanto previsto agli artt. 1.3 e 10 delle Condizioni di Assicurazione.

7. Premi

Il pagamento del premio può essere effettuato con cadenza annuale (tramite addebito automatico sul conto BancoPosta, addebito automatico sul 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 mensile (tramite addebito automatico sul conto BancoPosta o sul Libretto di Risparmio Postale).

Nel caso in cui la vendita del presente contratto assicurativo si svolga al di fuori degli Uffici Postali abilitati, il pagamento del premio annuale di polizza potrà essere effettuato con cadenza annuale o mensile esclusivamente tramite addebito automatico sul conto BancoPosta del Contraente.

Per maggiori dettagli si rinvia all'art. 1.2 delle Condizioni di Assicurazione.

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

Avvertenza: L'Impresa si riserva il diritto di applicare sconti in presenza di determinate condizioni tempo per tempo individuate.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

I premi dovuti sono soggetti ad adeguamento annuale in base al crescere dell'età di ciascun Assicurato. Si rinvia all'art. 1.3 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

9. Diritto di recesso

Avvertenza: alla scadenza di ciascun anno, il Contraente o la Società hanno la facoltà di esercitare la disdetta. La disdetta esercitata dal Contraente dovrà essere inviata mediante lettera raccomandata a/r e spedita almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale.

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

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono 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 per l'attivazione delle prestazioni previsti all'art. 12 delle Condizioni di Assicurazione.

11. Legge applicabile al contratto

Il contratto e i criteri di liquidazione dei sinistri sono soggetti alla giurisdizione italiana e ad essi sarà applicata la legge italiana.

12. Regime fiscale

Il contratto è soggetto ad 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 si intende:

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

Avvertenza: in caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono dare avviso scritto all'Impresa nei termini e con le modalità previsti dall' art. 12 delle Condizioni di Assicurazione in funzione della modalità liquidativa prescelta e della garanzia attivata. A tal fine, l'Assicurato può utilizzare i Moduli di Denuncia Sinistro riportati nel presente Fascicolo Informativo.

Avvertenza: l'Impresa terrà a proprio carico le spese e gli oneri necessari per l'accertamento del danno. L'Impresa avrà la facoltà di richiedere all'Assicurato di sottoporsi a visita medica e/o a visita medico-legale in tutti quei casi in cui vi sia da valutare l'applicabilità delle garanzie contrattuali al fine di erogare l'eventuale indennizzo. L'Impresa avrà la facoltà di svolgere l'accertamento della malattia, anche mediante visita medico legale, entro un termine minimo di 5 giorni successivi alla denuncia di sinistro e massimo di 365 giorni dalla guarigione clinica.

Si rinvia all'art. 12 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle procedure liquidative e all'art. 16 delle Condizioni di Assicurazione per le procedure di liquidazione a seguito di Collegio Medico.

Avvertenza: la gestione delle prestazioni di Assistenza è stata affidata a Inter Partner Assistance S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia), come specificato all'art. 3.4 delle Condizioni di Assicurazione.

14. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza: premesso che Poste Assicura S.p.A. si avvale per la gestione dei sinistri della Società Assi. Re.Cre. S.r.l., la quale per il tramite di Assirete S.r.l., ha stipulato specifiche convenzioni con Istituti di cura e medici convenzionati, l'Assicurato può decidere di avvalersi di Istituti di cura pubblici o privati e medici convenzionati seguendo la procedura indicata agli artt. 12.1, 12.2 e 12.3 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 del Network convenzionato, sulle spese sostenute fuori Network sarà applicato uno scoperto così come stabilito agli artt. 4.1 e 7 delle Condizioni di Assicurazione.

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

L'elenco aggiornato degli Istituti di cura convenzionati con Assirete S.r.l. è disponibile sul sito www.poste-assicura.it. Contattando telefonicamente la Centrale di Assi.Re.Cre. S.r.l., l'Assicurato potrà ottenere informazioni su tutti i medici convenzionati utilizzabili in ragione della specializzazione e della localizzazione territoriale richiesta.

15. Reclami

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

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

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

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

Qualora l'esponente intenda inoltrare un reclamo direttamente all'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 - Divisione Gestione Reclami
Via del Quirinale, 21
00187 Roma
Telefono: 06.42.133.1

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.

Pertanto, 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'articolo 1.5 delle Condizioni di Assicurazione.

16. Arbitrato

Avvertenza: si richiama l'attenzione 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 1.13 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

17. Informativa in corso di contratto

L'Impresa comunica all'Assicurato le variazioni del Fascicolo Informativo intervenute per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

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

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


Anna Desiderato
Rappresentante legale
in virtù di procura speciale
Poste Assicura S.p.A.

Glossario

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

Assistenza: l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro, tramite la Struttura Organizzativa della Inter Partner Assistance S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia).

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

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

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

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

Diaria: l'indennità giornaliera stabilita in polizza e riconosciuta all'Assicurato.

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

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

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

Familiare: la persona legata da vincolo di parentela con l'Assicurato (coniuge, figli, padre, madre, fratelli, sorelle, nonni, suoceri, generi, nuore, cognati, zii, cugini, nipoti) e le persone con lui stabilmente conviventi come risultante dallo stato di famiglia.

Franchigia: l'importo prestabilito, espresso in cifra fissa, che rimane a carico dell'Assicurato in caso di sinistro.

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

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

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

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

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

Non sono considerati Interventi chirurgici né le riduzioni incruente di fratture e lussazioni, né gli accertamenti

diagnostici o di controllo, anche quando invasivi o comportanti prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e/o per l'introduzione di idoneo strumento all'interno dell'organismo.

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

Istituto di cura: l'ospedale pubblico, l'istituto universitario, la clinica o la casa di cura privata regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza o lungo degenza, di soggiorno o di riposo per la cura di anziani o malati cronici, nonché le cliniche della salute, 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** si intende la malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.

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

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

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

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

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

Premio: la somma dovuta dal Contraente a Poste Assicura S.p.A.

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

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

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

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

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

Condizioni di Assicurazione

Art. 1 - Informazioni generali

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché l'annullamento dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile come meglio specificato agli artt. 1.3, 5 e 6 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. 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 se ne sia stato convenuto il frazionamento mensile.

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

- *primo premio all'atto dell'emissione:*
 - a) addebito automatico sul conto BancoPosta del Contraente;
 - b) addebito sul Libretto di Risparmio Postale del Contraente;
 - c) addebito mediante Carta Postamat;
 - d) assegno circolare o bancario secondo le disposizioni di BancoPosta (solo se scelto il frazionamento annuale);
 - e) in contanti, qualora l'ammontare del premio annuo non ecceda il limite di 750,00 Euro.
- *frazionamento annuale:*
 - a) addebito automatico sul conto BancoPosta del Contraente;
 - b) addebito automatico sul Libretto di Risparmio Postale del Contraente;
 - c) addebito mediante Carta Postamat;
 - d) assegno circolare o bancario secondo le disposizioni di BancoPosta;
 - e) in contanti, qualora l'ammontare del premio annuo non ecceda il limite di 750,00 Euro.
- *frazionamento mensile:*
 - a) addebito automatico sul conto BancoPosta del Contraente;
 - b) addebito automatico sul Libretto di Risparmio Postale del Contraente.

Nel caso in cui la vendita del presente contratto assicurativo si svolga al di fuori degli Uffici Postali abilitati, il pagamento del premio annuale di polizza potrà essere effettuato con cadenza annuale o mensile esclusivamente tramite addebito automatico su conto BancoPosta del Contraente.

Restano in ogni caso salve eventuali ulteriori modalità di pagamento tempo per tempo disponibili ed autorizzate dalla Società.

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

Nel caso 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 munito della clausola di non trasferibilità e intestato o girato a Poste Assicura S.p.A. oppure a Poste Italiane S.p.A. in qualità di intermediario assicurativo in forza dell'accordo di distribuzione sottoscritto tra Poste Assicura S.p.A. e Poste Italiane S.p.A.

Nel caso in cui sia stata scelta la modalità di pagamento tramite addebito su conto BancoPosta o addebito su

Libretto di Risparmio Postale è necessaria la sottoscrizione di separato documento (Modulo di autorizzazione all'addebito su c/c o Libretto di Risparmio Postale) con il quale il Contraente rilascia a Poste Italiane S.p.A. autorizzazione all'addebito per l'intera durata contrattuale. Tale Modulo prevede inoltre che vengano effettuati esclusivamente tre tentativi di prelievo dal conto di riferimento e cioè:

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

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

In 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 pagata. Il pagamento a saldo del Premio o delle rate di Premio non corrisposte, utile per la riattivazione della copertura assicurativa, potrà avvenire presso l'Ufficio Postale prima che si sia verificata la risoluzione di diritto del contratto come di seguito specificata. Resta inteso che la riattivazione della copertura assicurativa avrà efficacia dalle ore 24.00 del giorno di pagamento; in tal caso rimangono 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 6 mesi dal giorno in cui il Premio o la rata di Premio son scaduti, fermo il diritto di Poste Assicura S.p.A. al Premio di assicurazione in corso e al rimborso delle spese.

Art. 1.3 - Determinazione e adeguamento del premio annuo

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

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

Se sono operanti le garanzie Alta Diagnostica e Check-up, il premio di tali garanzie viene anch'esso adeguato ad ogni ricorrenza annuale in base al crescere dell'età di ciascun Assicurato secondo i coefficienti di seguito riportati.

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

Si precisa che il premio dei soggetti che compiono 11 anni di età in corso di contratto verrà adeguato, alla prima scadenza annua successiva al compimento degli 11 anni, alla tariffa prevista per gli Assicurati di tale età. Resta ferma la facoltà di disdetta di cui all'art. 1.4 delle Condizioni di Assicurazione.

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

segue tabella

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

Il Contraente è tenuto 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 S.p.A.

1.3.1 - Revisione del premio

Qualora si verificassero significative e obiettive variazioni nel Servizio Sanitario Nazionale (per tali intendendosi a titolo esemplificativo, ma non esaustivo: non obbligatorietà dello stesso, riduzione delle prestazioni per ricoveri, interventi chirurgici, visite o esami dallo stesso fornite, introduzione di ticket superiori a 250,00 Euro per ricoveri e/o interventi chirurgici, aumenti dell'importo medio dei ticket oltre il 50% rispetto a quelli previsti al momento della stipula del contratto), la Società si riserva la facoltà di variare il premio in corso. Il nuovo premio sarà comunicato al Contraente con un preavviso di almeno 90 giorni rispetto alla prima scadenza annua del periodo assicurativo in cui sono intervenute tali variazioni. Qualora non accetti il nuovo premio proposto, il Contraente ha diritto di recedere dal contratto inviando lettera raccomandata a/r entro la predetta scadenza annua.

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

Art. 1.4 - Durata e proroga dell'assicurazione

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 salvo quanto previsto al successivo art. 5. Alla scadenza del quinto anno il contratto cessa senza obbligo di disdetta; qualora il Contraente intenda proseguire la copertura, sarà necessario recarsi

all'Ufficio Postale per sottoscrivere una nuova polizza come meglio specificato all'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione.

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

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

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

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

Per ogni controversia relativa al presente contratto è competente l'Autorità Giudiziaria del Comune di residenza o domicilio dell'Assicurato o degli aventi diritto previo esperimento del procedimento di mediazione di cui al D.lgs. 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 dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 1.7 - Aggravamento del rischio e diminuzione del rischio

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta a Poste Assicura S.p.A. di ogni aggravamento e diminuzione del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o che, se conosciuti, non sarebbero stati accettati da Poste Assicura S.p.A. in quanto riconducibili ad uno stato di non assicurabilità della persona, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile come specificato all'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

Nel caso di diminuzione del rischio, Poste Assicura S.p.A. è tenuta a ridurre il premio successivamente alla comunicazione dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile rinunciando sin da ora al relativo diritto di recesso.

Art. 1.8 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati.

Art. 1.9 - Estensione territoriale

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

Art. 1.10 - Legge applicabile e rinvio

Il contratto e i criteri di liquidazione dei sinistri sono soggetti alla giurisdizione italiana e ad essi sarà applicata la legge italiana.

Art. 1.11 - Prescrizione

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fondano, secondo quanto disposto dall'art. 2952 del Codice Civile.

Art. 1.12 - Rinuncia al diritto di rivalsa

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

Art. 1.13 - Reclami

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

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

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

Qualora l'evasione del reclamo richieda la comunicazione di dati personali, l'Impresa - in ossequio anche alle disposizioni di cui al D.lgs. n.196/03 - invierà risposta esclusivamente all'indirizzo dell'Assicurato indicato in Polizza. Qualora l'esponente intenda inoltrare un reclamo direttamente all'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 - Divisione Gestione Reclami
Via del Quirinale, 21
00187 Roma
Telefono: 06.42.133.1

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.

Pertanto, 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'articolo 1.5 delle Condizioni di Assicurazione.

Piani di copertura

Art. 2 - Piani di copertura

Art. 2.1 - Massimali

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

Art. 2.2 - Operatività della copertura

	Limiti di indennizzo	Scoperto
Interventi chirurgici:		
A) Interventi nel Network convenzionato	Per gli interventi chirurgici di cui all'art. 7.2 sottolimito di 5.000,00 € per sinistro e 10.000,00 € per anno assicurativo	Nessuno
B) Interventi in Istituti di cura convenzionati con équipe medica non convenzionata	Sottolimito, per le spese dell'équipe di: • 50.000,00 € in caso di Grande Intervento Chirurgico • 10.000,00 € per ogni altro intervento Per gli interventi chirurgici di cui all'art. 7.2 sottolimito complessivo di 5.000,00 € per sinistro e 10.000,00 € per anno	Sulle spese dell'équipe: scoperto del 20% con il minimo di 200,00 € e il massimo di 5.000,00 €
C) Interventi fuori dal Network convenzionato	Sottolimito di: • 100.000,00 € in caso di Grande Intervento Chirurgico • 35.000,00 € per ogni altro intervento Per gli interventi chirurgici di cui all'art. 7.2 sottolimito complessivo di 5.000,00 € per sinistro ed 10.000,00 € per anno	Scoperto del 20% con il minimo di 200,00 € e il massimo di 5.000,00 €
Parto	• Parto naturale: 2.000,00 € • Parto cesareo: 6.000,00 € (a consumo del massimale dell'intervento chirurgico)	Sulle spese sostenute fuori Network: scoperto del 20% con il minimo di 200,00 € e il massimo di 5.000,00 €
Diaria sostitutiva SSN	• Ricovero: 200,00 € al giorno per un massimo di 100 giorni per sinistro e anno assicurativo • Day surgery: 75,00 € al giorno con il massimo di 750,00 € per anno assicurativo	Nessuno
Assistenza	Secondo i limiti specificati all'art. 3.4	Nessuno

Art. 2.3 - Garanzie/Opzioni facoltative

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

Condizioni particolari di Assicurazione

Art. 3 - Oggetto dell'assicurazione

Art. 3.1 - Interventi chirurgici

Poste Assicura S.p.A. garantisce all'Assicurato il pagamento delle spese mediche relative a interventi chirurgici sostenuti in Istituti di cura pubblici o privati a seguito di Infortunio o Malattia. Sono compresi gli interventi chirurgici senza pernottamento (Day Surgery).

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

I. Nei 60 giorni precedenti l'intervento:

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

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

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

II. Durante il ricovero per intervento:

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

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

III. Nei 90 giorni successivi all'intervento:

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

- apparecchi fisioterapici purché prescritti da medico specialista.

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

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

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

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

Art. 3.2 - Parto

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

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

Resta fermo il periodo di carenza di 300 giorni di cui all'art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 3.3 - Indennità sostitutiva Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui l'Assicurato effettui l'intervento chirurgico o il parto, sempreché indennizzabili ai sensi di polizza, con costi totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, considerandosi tale anche il caso in cui l'Assicurato sia soggetto al pagamento di eventuali ticket inerenti il ricovero, Poste Assicura S.p.A., in alternativa al pagamento delle spese di cui agli artt. 3.1 e 3.2 che precedono, erogherà una diaria sostitutiva per ogni giorno di ricovero.

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

In ogni caso il giorno di ricovero e quello di dimissione sono considerati agli effetti della liquidazione come giorno unico. La diaria non viene corrisposta per i giorni di ricovero presso strutture sanitarie rientranti nella tipologia di cui al punto 16 dell'art. 9 delle Condizioni di Assicurazione.

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

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

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

Art. 3.4 - Prestazioni di Assistenza

Poste Assicura S.p.A., tramite la Centrale Operativa di Inter Partner Assistance S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia), organizza ed eroga le prestazioni di Assistenza di seguito riportate.

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

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

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

3.4.1 - 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:
 - reperimento dei mezzi di soccorso;
 - reperimento di medici generici e specialisti;
 - localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
 - modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
 - esistenza e reperibilità di farmaci.

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

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

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

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

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

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società.

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

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

3.4.3 - Second Opinion

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

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

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

- l'opinione dello specialista;
- gli eventuali suggerimenti sulla terapia e raccomandazioni per controlli aggiuntivi;
- 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 non è ripetibile e non potrà pertanto essere richiesta per patologie per le quali sia già stata effettuata una volta.

Le prestazioni che seguono si intendono valide solo in Italia.

3.4.4 - Reperimento e consegna farmaci

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

La prestazione è fornita con un preavviso di almeno 48 ore.

Il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato. Qualora tale costo rientri nelle spese indennizzabili ai sensi dell'art. 3.1 al punto III, l'Assicurato potrà chiederne il rimborso come previsto dall'art. 12.1.2 delle Condizioni di Assicurazione.

3.4.5 - Assistenza infermieristica/socio-assistenziale

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

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

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 giorni.

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

3.4.6 - Invio fisioterapista

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 15 giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, di essere assistito presso il proprio domicilio da un fisioterapista, sulla base del protocollo definito dal medico curante, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato. La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

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

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

3.4.7 - Invio collaboratrice domestica

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

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

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

Le prestazioni che seguono si intendono valide solo all'estero.

3.4.8 - Invio medicinali urgenti

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

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

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 giorni.

Il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato. Qualora tale costo rientri nelle spese indennizzabili ai sensi dell'art. 3.1 al punto III, l'Assicurato potrà chiederne il rimborso come previsto dall'art. 12.1.2 delle Condizioni di Assicurazione.

3.4.9 - Trasferimento/Rimpatrio sanitario

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

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

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

- aereo sanitario (entro il limite di 30.000,00 Euro per sinistro avvenuto in Europa geografica o Paesi del

Bacino del Mediterraneo; entro il limite di 80.000,00 Euro per sinistro avvenuto nelle restanti aree geografiche);

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno prima classe e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio;
- altro mezzo di trasporto.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che, a giudizio del servizio medico della Struttura Organizzativa, possono essere curate sul posto;
- le infermità o lesioni che non precludano all'Assicurato la continuazione del viaggio o del soggiorno;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
- tutte le spese diverse da quelle indicate;
- tutte le spese sostenute per malattie preesistenti.

La Società avrà la facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro dell'Assicurato.

3.4.10 - Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato

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

3.4.11 - Interprete a disposizione

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

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

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

3.4.12 - Collegamento telefonico con la struttura sanitaria

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

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

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

3.4.13 - Viaggio di un familiare in caso di ricovero

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

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

3.4.14 - Rientro/Assistenza dei figli minori privi di tutela

Qualora l'Assicurato, in viaggio con figli minorenni, sia impossibilitato a prendersi cura degli stessi a seguito di ricovero o decesso e non vi sia nessun altro in grado di farlo, la Struttura Organizzativa fornirà ad un fami-

liare, residente nel paese di origine, un biglietto di andata e ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere allo stesso di raggiungere i minori e riportarli al paese di origine.

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

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

3.4.15 - Rimpatrio salma

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

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

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

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

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

Sono escluse dalla prestazione le spese relative a:

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

Art. 4 - Garanzie/Opzioni facoltative

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

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

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

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

Qualora l'Assicurato si rivolga, seguendo la procedura di pagamento diretto di cui all'art. 12.2 delle Condizioni di Assicurazione, ad un istituto di cura o centro diagnostico convenzionato, 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 di cui sopra saranno rimborsati senza applicazione dello scoperto.

Si precisa che la garanzia Alta Diagnostica opera anche in caso di prestazioni effettuate all'estero, sempreché l'infortunio sia accaduto o la malattia improvvisa si sia manifestata mentre l'Assicurato si trovava all'estero.

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

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

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

Esami sempre compresi:

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

Visite/esami tra cui l'Assicurato può selezionarne una/o a scelta:

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

L'esito degli esami è strettamente personale e verrà consegnato in unica copia esclusivamente all'Assicurato. Ogni Assicurato potrà usufruire del check-up nei primi 6 mesi della terza annualità di polizza qualora non siano stati denunciati sinistri nei primi due anni di copertura. Successivamente, trascorsi altri due anni di copertura senza sinistri, il check-up potrà essere ripetuto nei primi 6 mesi della quinta annualità, sempreché la polizza sia regolarmente in vigore al momento della sua effettuazione.

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

Con riferimento agli artt. 1.4 e 10 delle Condizioni di Assicurazione, il Contraente o l'Assicurato prendono atto che, data la tempistica biennale del Check-up e il requisito della validità di polizza al momento della sua effettuazione, si potrebbero verificare dei casi in cui tale prestazione non risulti utilizzabile per una o più teste.

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

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

La franchigia viene applicata un'unica volta per sinistro/sinistro unico così come definito all'art. 7.1 delle Condizioni di Assicurazione.

Si precisa che in ogni caso la franchigia non opera:

- per la garanzia parto, sia naturale sia con taglio cesareo;
- per gli interventi per i quali sono previsti specifici sottolimiti ai sensi dell'art. 7.2 delle Condizioni di Assicurazione;
- in caso di erogazione dell'indennità sostitutiva SSN (nel qual caso la franchigia opera esclusivamente con riferimento alle spese pre e post intervento).

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

Art. 5 - Persone assicurabili - Limiti assuntivi

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

Sono assicurabili le persone fisiche di età non superiore ai 74 anni all'atto della sottoscrizione, ovvero che non abbiano ancora compiuto i 75 anni.

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

Qualora la copertura assicurativa interessi più Assicurati ed uno di essi raggiunga il limite di età sopra riportato, le garanzie rimarranno in vigore per le figure assicurate la cui età non supera il suddetto limite.

Si precisa altresì che non è possibile assicurare esclusivamente soggetti di età inferiore a 11 anni.

Art. 6 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione del pregresso o attuale stato di salute, le persone che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV.

Il Contraente è pertanto tenuto ad informarsi sullo stato di assicurabilità degli Assicurati e solo a seguito di tale approfondito controllo potrà sottoscrivere la polizza.

Premesso che Poste Assicura S.p.A. non avrebbe acconsentito a stipulare l'assicurazione laddove avesse saputo che l'Assicurato al momento della stipulazione ovvero dell'estensione a nuovi Assicurati (ai sensi dell'art. 5 che precede) era affetto ovvero era stato affetto da qualcuna delle patologie sopra elencate, il presente contratto dovrà considerarsi annullabile ai sensi dell'art. 1892 del Codice Civile ed 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 S.p.A. avrà diritto ai premi relativi 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 esclusivamente per quegli Assicurati ai quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza del Contraente.

Infine, laddove nel corso del contratto si manifestino nell'Assicurato una o più di tali affezioni o malattie non assicurabili, il Contraente è tenuto a comunicarlo per iscritto a Poste Assicura S.p.A., in quanto tale fattispecie costituisce per Poste Assicura S.p.A. aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito alla stipula dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile; di conseguenza, Poste Assicura S.p.A. potrà, limitatamente all'Assicurato colpito dalle menzionate affezioni o malattie, recedere dal contratto con effetto immediato, dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio ed i sinistri verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie non sono indennizzabili ai sensi di quanto previsto dall'art. 1898 del Codice Civile. In tal caso, spetteranno a Poste Assicura S.p.A. i premi relativi al periodo di assicurazione in corso fino al momento in cui è stata comunicata la dichiarazione di recesso.

Art. 7 - Massimali e scoperti

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

A. Utilizzo del Network convenzionato

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

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di una équipe non convenzionata all'interno di un Istituto di cura convenzionato secondo la procedura di cui all'art. 12.1.1 delle Condizioni di Assicurazione, Poste Assicura S.p.A. applicherà, per ogni sinistro, sulle spese sostenute per l'équipe, uno scoperto del 20% con il minimo di 200,00

Euro ed il massimo di 5.000,00 Euro, fermo il sottolimito massimo operante sulle spese dell'équipe a persona per sinistro e anno assicurativo di:

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

C. Utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate

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

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

Restano in ogni caso validi i sottolimiti di cui agli artt. 3.2 e 7.2 delle Condizioni di Assicurazione.

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

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

Art. 7.1 - Unico sinistro

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

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

Art. 7.2 - Limiti di rimborso per specifici interventi chirurgici

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

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

Art. 8 - Termini di carenza

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

- per gli infortuni: dalle ore 24:00 dello stesso giorno di decorrenza della polizza;
- per le malattie: dalle ore 24:00 del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della polizza;
- per le conseguenze di malattie o esiti di infortuni non conosciuti e/o diagnosticati all'Assicurato ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula della polizza: dalle ore 24:00 del 300° giorno successivo a quello di decorrenza della polizza;

- per il parto, naturale o cesareo: dalle ore 24:00 del 300° giorno successivo a quello di decorrenza della polizza;
- per l'aborto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio: dalle ore 24:00 del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della polizza, sempreché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

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

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

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

Art. 9 - Esclusioni

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

- 1) i ricoveri e le degenze in regime di Day hospital avvenuti al fine di effettuare visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici che non comportino intervento chirurgico;
- 2) le spese relative a conseguenze di infortuni, malattie in genere conosciuti o diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'assicurazione;
- 3) le spese relative a conseguenze di malattie o esiti di infortuni non conosciuti dall'Assicurato ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula della polizza, limitatamente ai primi 300 giorni dalla decorrenza della polizza;
- 4) gli infortuni subiti dall'Assicurato:
 - a) in conseguenza di azioni commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave; di autolesionismo o suicidio, tentato o consumato; di atti di pura temerarietà;
 - b) in stato di ubriachezza, sotto l'influenza di sostanze stupefacenti, allucinogeni o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico o simili;
 - c) come pilota o membro dell'equipaggio di aeromobili sia a motore che a vela ed elicotteri o come passeggero a bordo di aeromobili ed elicotteri non abilitati al trasporto pubblico di linea;
 - d) nella pratica di paracadutismo, di pesca subacquea, di immersioni con autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, pratica di pugilato, lotta, rugby, football americano, atletica pesante, hockey su ghiaccio;
 - e) nella pratica a livello professionistico (o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta) di sport, corse, gare e relative prove ed allenamenti. È altresì esclusa la partecipazione ad imprese di carattere eccezionale, a titolo di esempio le spedizioni esplorative, le regate oceaniche e lo sci estremo;
 - f) nel collaudo di mezzi di trasporto; alla guida e nel collaudo di veicoli pubblici, guidoslitte, karts, veicoli da competizione (gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti);
- 5) le conseguenze di intossicazioni causate da abuso di alcolici, da uso di allucinogeni, sotto l'influenza di narcotici, nonché dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- 6) i trattamenti specialistici e fisioterapici in genere sostenuti prima dell'intervento chirurgico, ad eccezione di quanto previsto al punto I, 3 dell'art. 3.1;
- 7) le malattie professionali o contemplate dalle leggi sull'assicurazione obbligatoria;
- 8) gli esami periodici o di controllo, salvo quanto previsto all'art. 4.2 se resa operante tale garanzia e nei limiti e con le tempistiche ivi previste;
- 9) le malattie mentali o del sistema nervoso, le psicopatie in genere, le malattie nevrotiche, incluse le sindromi ansiose o depressive, disturbi schizofrenici, paranoidei, affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), sindromi e disturbi mentali organici;
- 10) la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le patologie correlate alla infezione da HIV;
- 11) le cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del periodonto, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da malattie neoplastiche o da infortunio comprovato da referto di pronto soccorso o ricovero, escluse in ogni caso le protesi dentarie;
- 12) le cure del sonno;
- 13) le cure e le terapie cellulo-tissutali;
- 14) le cure e le pratiche fitoterapiche, idropiniche e termali in genere (salvo quanto espressamente previsto al punto III dell'art. 3.1), le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale e i trattamenti terapeutici di agopuntura;

- 15) le spese di chirurgia bariatrica (sia interventi restrittivi che malassorbitivi) ed ogni conseguenza di anoressia o bulimia nonché prestazioni e terapie con finalità dietologica in genere;
 - 16) i ricoveri per lungodegenza quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; le degenze in case di riposo, di convalescenza o di soggiorno; i ricoveri in istituti o reparti specializzati per le cure geriatriche o terapie di lungo degenza;
 - 17) le prestazioni aventi finalità estetiche, salvi gli interventi di chirurgia plastica o di stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio o da malattia tumorale (indennizzabili a termini di polizza ed effettuati nei 360 giorni successivi all'intervento chirurgico demolitivo e durante la validità della polizza);
 - 18) le prestazioni sanitarie, cure ed interventi per eliminazione o riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia, così come tutte le altre prestazioni oculistiche tranne il caso di infortunio, e in ogni caso occhiali e lenti;
 - 19) l'eliminazione o correzione di malformazione o difetti fisici preesistenti e le alterazioni da esse determinate o derivate;
 - 20) i ricoveri per effettuare la fecondazione assistita e artificiale, nonché le prestazioni per la diagnosi e la cura della sterilità e dell'impotenza;
 - 21) l'aborto volontario non terapeutico;
 - 22) gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
 - 23) le conseguenze dirette o indirette di energia nucleare (reazioni nucleari, radiazioni e contaminazioni), di radiazioni dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (fissione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, etc.), salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
 - 24) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, trombe d'aria, maremoti, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
 - 25) tutti i danni e le spese conseguenti, risultanti o collegati, anche indirettamente a: guerra, invasione, insurrezione, rivoluzione, ribellione, guerra civile, ostilità ed operazioni belliche (guerra dichiarata e non), potere militare o usurpazione di potere, terrorismo e tumulti civili. Sono escluse anche tutte le spese che siano direttamente o indirettamente collegate o risultanti da azioni di controllo, prevenzione o soppressione degli eventi menzionati;
 - 26) le conseguenze di atti violenti o aggressioni in cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
 - 27) le prestazioni effettuate all'estero che non siano conseguenza di infortuni, malattie improvvise e parto accaduti/manifestatisi mentre l'Assicurato era all'estero;
 - 28) tutte le spese non direttamente inerenti l'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili anche se sostenute durante il ricovero per intervento.
- Le prestazioni di **Assistenza** non sono inoltre operanti:
- 29) per i viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici;
 - 30) in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente;
 - 31) per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
 - 32) per le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto.

Art. 10 - Sostituzioni di polizza

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

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

1. Variazione delle persone assicurate: il Contraente ha la facoltà di variare le persone assicurate in corso di polizza, fermo il limite massimo di 6 teste assicurate per contratto.

La stessa persona potrà essere inclusa sulla medesima polizza una sola volta durante l'intera vigenza del contratto. In caso di variazione delle persone assicurate è prevista la sostituzione di polizza.

La variazione dovrà essere richiesta presso l'Ufficio Postale oppure con comunicazione scritta da inviarsi a mezzo lettera a/r:

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

Tale variazione comporta la sostituzione di polizza, nonché l'applicazione della tariffa e delle condizioni contrattuali in vigore al momento della sostituzione.

Con riferimento all'applicazione dei termini di carenza, si rinvia all'art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.

2. Variazioni di residenza: poiché il premio è determinato in base alla provincia di residenza dell'Assicurato, il Contraente è tenuto a dare immediata comunicazione del cambio di provincia di residenza proprio o di uno degli Assicurati. Se il cambio di residenza avviene all'interno della stessa provincia, la polizza non è soggetta a sostituzione. La variazione dovrà essere richiesta con comunicazione scritta da inviarsi a mezzo lettera a/r:

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

Tale variazione comporta la sostituzione di polizza, nonché l'applicazione della tariffa e delle condizioni contrattuali in vigore al momento della sostituzione. Resta inteso che in caso di trasferimento della residenza all'estero, l'assicurazione cessa con effetto immediato. In tal caso, Poste Assicura S.p.A. rimborserà all'Assicurato la quota di premio pagata e non goduta.

Art. 11 - Rinnovo della copertura

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

Norme relative ai sinistri

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

Art. 12.1 - Intervento chirurgico e parto

Art. 12.1.1 - Spese sostenute durante il ricovero

L'Assicurato potrà scegliere tra le modalità di utilizzo della copertura assicurativa di seguito riportate.

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

Numero verde: 800.13.18.11
Numero telefonico per chiamate dall'estero:
+39.02.82.44.32.10

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

comunicando:

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

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

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

L'elenco aggiornato degli Istituti di cura convenzionati con Assirete S.r.l. è disponibile sul sito: www.poste-assicura.it. Contattando telefonicamente la Centrale della società Assi.Re.Cre. S.r.l. l'Assicurato potrà ottenere informazioni su tutti i medici convenzionati utilizzabili in ragione della specializzazione e della localizzazione territoriale richiesta.

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

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

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

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

Il pagamento sarà effettuato direttamente dalla Centrale, in nome e per conto dell'Assicurato, fermi eventuali

franchigie, scoperti e limiti di indennizzo.

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

Il pagamento diretto non sarà possibile nei seguenti casi:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'Assicurato deve denunciare il sinistro entro 15 giorni da quando il sinistro si è verificato o comunque non

appena ne abbia avuto la possibilità, inviando tramite lettera raccomandata a/r il Modulo di denuncia sinistro allegato al presente Fascicolo Informativo a:

Poste Assicura S.p.A.
Ufficio Sinistri
Piazzale Konrad Adenauer, 3
00144 Roma
Fax: 06.54.92.44.75

La denuncia dovrà essere corredata da:

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

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

12.1.2 Spese pre e post intervento chirurgico o parto

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

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

12.1.3 Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

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

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

Art. 12.2 - Prestazioni di Alta diagnostica

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

Lo scoperto a carico dell'Assicurato di cui all'art. 4.1 delle Condizioni di Assicurazione, dovrà essere pagato direttamente alla struttura.

B. Centri diagnostici non convenzionati: in caso di prestazioni di alta diagnostica effettuate presso centri non convenzionati, l'Assicurato dovrà seguire quanto stabilito all'art. 12.1.1.C presentando quindi la prescrizione del medico curante attestante la malattia o l'infortunio e i referti degli accertamenti diagnostici nonché gli originali delle fatture e notule, fiscalmente regolari e quietanzati.

Art. 12.3 - Check-up

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

- cognome e nome;
- numero di polizza;

- recapito telefonico;
 - esame o visita selezionato tra quelli a scelta dell'Assicurato;
- successivamente inviare via fax il Modulo richiesta utilizzo Network convenzionato allegato al presente Fascicolo. Alla positiva verifica del diritto alla prestazione, la Centrale comunica all'Assicurato la data e la struttura del Network convenzionato presso la quale potrà essere effettuata la prestazione.

Resta inteso che:

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

Art. 12.4 - Assistenza

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

Numero verde 800.55.40.84
 Numero telefonico per chiamate dall'estero:
+39.06.42.115.799

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

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

Inoltre dovrà comunicare:

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

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

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

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

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

In caso di sinistro "Second Opinion"

Per usufruire della "Second Opinion", l'Assicurato o il familiare o persona terza, da loro delegata, deve:

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

Il servizio medico della Struttura Organizzativa:

- è a disposizione per fornire informazione circa la raccolta della documentazione clinica completa (dati anamnestici ed esami eseguiti) e la compilazione del "Questionario dati anamnestici";

- verifica la completezza dei dati e della documentazione ed eventualmente richiede nuove specifiche all'interessato ed al suo medico curante;
- invia la documentazione completa, con le soluzioni tecnologiche più rapide, ad un centro convenzionato prescelto dalla Struttura Organizzativa;
- comunica all'interessato il nome dello specialista e/o del centro convenzionato a cui è stata inviata la documentazione;
- invia il parere medico complementare all'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.

Art. 13 - Altri obblighi in caso di sinistro

L'Assicurato o i suoi familiari o aventi diritto devono consentire a Poste Assicura S.p.A. le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato, e fornire la documentazione medica aggiuntiva eventualmente richiesta. L'inadempimento degli obblighi in caso di sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile o il recupero delle somme già liquidate da Poste Assicura S.p.A. ai sensi degli artt. 12.1.1. A e 12.2 A.

Art. 14 - Esonero denuncia altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di dare comunicazione per iscritto a Poste Assicura S.p.A. dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. Nel caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910, 3° comma, del Codice Civile, il Contraente o l'Assicurato sarà tenuto a comunicare a Poste Assicura S.p.A. l'esistenza di qualsiasi altra copertura assicurativa stipulata in relazione al medesimo rischio. Qualora l'Assicurato, sempreché non abbia optato per la corresponsione dell'indennità sostitutiva per utilizzo SSN di cui all'art. 3.3 delle Condizioni di Assicurazione, abbia presentato a terzi l'originale delle notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Art. 15 - Valuta di pagamento

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

Art. 16 - Collegio medico

In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento o sulla misura dell'indennità da corrispondere all'Assicurato, nonché sui criteri di liquidazione 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 rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

Resta salva la facoltà di adire all'Autorità Giudiziaria, salvo diverse disposizioni di legge.

ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

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

NERVI PERIFERICI

- Anastomosi extracranica di nervi cranici

FACCIA E BOCCA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

COLLO

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

ESOFAGO

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

STOMACO - DUODENO

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

FEGATO E VIE BILIARI

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

PANCREAS - MILZA

- Interventi di necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudo cisti:
 - a) enucleazioni delle cisti
 - b) marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi sul pancreas

- a) totale o della testa
- b) della coda
- Splenectomia

INTESTINO

- Colectomia totale
- Intervento di asportazione di tumori retroperitoneali.

RETTO - ANO

- Amputazione del retto per via addomino-perineale

TORACE E CHIRURGIA TORACICA

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

CARDIOCHIRURGIA

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

CHIRURGIA VASCOLARE

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

UROLOGIA

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

GINECOLOGIA

- Vulvectomy allargata
- Isterectomia radicale per via addominale per neoplasia maligna
- Mastectomia radicale

ORTOPEDIA

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

CHIRURGIA PEDIATRICA

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

TRAPIANTI

- Tutti

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

Informativa privacy relativa all'attività di liquidazione dei sinistri

Finalità del trattamento dei dati personali e sensibili

I dati personali e sensibili forniti mediante la compilazione del "Modulo di Denuncia Sinistro" da lei stesso o da altri soggetti⁽¹⁾ sono trattati per:

- a) finalità connesse all'esecuzione del Contratto e in generale ogni finalità assicurativa⁽²⁾
 - dare esecuzione al Contratto assicurativo ed in particolare procedere all'attività di liquidazione dei sinistri;
- b) finalità derivanti da obblighi di legge
 - adempiere ad ogni obbligo di legge, regolamento o della normativa europea connesso all'esecuzione del Contratto assicurativo.

Modalità del trattamento dei dati personali e sensibili

I Suoi dati personali e sensibili sono trattati, in particolare per il servizio di liquidazione dei sinistri, la fornitura dei prodotti e delle informazioni da Lei richieste, mediante l'ausilio o meno di strumenti elettronici.

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

Per la fornitura di servizi assicurativi ed in particolare nell'ambito del servizio di liquidazione dei sinistri che La riguardano abbiamo necessità di trattare anche dati "sensibili" ovvero dati relativi allo stato di salute, a malattie ed infortuni, come ad esempio nel caso di perizie mediche. Le chiediamo di esprimere il consenso per il trattamento di tali dati per queste specifiche finalità.

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

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

Comunicazione dei dati a soggetti terzi

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

Si tratta in modo particolare di soggetti facenti parte del Gruppo Assicurativo Poste Vita, del Gruppo Poste Italiane, della catena distributiva quali agenti, sub-agenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; consulenti tecnici ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società, quali professionisti legali, periti e medici, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi cui sono affidate la gestione, la liquidazione e il pagamento dei sinistri, centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione dati; società di servizi postali indicate nel plico postale; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti.

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

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

**Poste Assicura S.p.A.
Gruppo Assicurativo Poste Vita
Ufficio Privacy
Piazzale Konrad Adenauer, 3
00144 Roma
fax 06.5492.4258
privacy@postevita.it**

I dati raccolti non saranno in alcun modo diffusi.

Esercizio dei diritti

La informiamo inoltre che Lei ha il diritto di conoscere in ogni momento quali sono i Suoi dati in nostro possesso e come essi vengono utilizzati. Ha anche il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Per l'esercizio dei Suoi diritti può rivolgersi a:

Poste Assicura S.p.A.
Gruppo Assicurativo Poste Vita
Ufficio Privacy
Piazzale Konrad Adenauer, 3
00144 Roma
fax 06.5492.4258
privacy@postevita.it

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.

⁽¹⁾ Altri soggetti che effettuano operazioni che La riguardano o che, per soddisfare una Sua richiesta forniscono alla compagnia informazioni finanziarie, professionali, sanitarie etc.

⁽²⁾ La "finalità assicurativa" richiede necessariamente che i dati siano trattati per: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio o difesa dei diritti dell'Assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistiche.

Quadro sanitario dell'Assicurato

(a cura del Medico che prescrive la prestazione chirurgica)

Il presente Modulo è da spedire a mezzo fax al n. 06.976.270.07 unitamente al Modulo richiesta utilizzo Network convenzionato

DATI DELL'ASSICURATO

Cognome Nome

Data di nascita Luogo di nascita Prov.....

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | |

Recapito telefonico Indirizzo e-mail.....

Nr. dossier assegnato al momento della chiamata alla centrale

DATI DEL MEDICO

Cognome Nome

Diagnosi

Prestazione Richiesta

Telefono

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA (con indicazione di tutte le patologie pregresse con relativa datazione, mese e anno, anche se non direttamente collegate alla prestazione richiesta)

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA (con chiara indicazione della/e patologia/e oggetto dell'intervento, relativa data di insorgenza e/o diagnosi, referti di eventuali accertamenti e terapie pregresse o in atto. In particolare si richiede dichiarazione che escluda il collegamento dell'intervento richiesto con malattie o infortuni preesistenti alla data di stipula della polizza)

ESAMI STRUMENTALI ESEGUITI (eventuale)

ITER DIAGNOSTICO - TERAPEUTICO PREVISTO (eventuale)

Luogo e data /..... /..... Il Medico (timbro e firma)

La struttura sanitaria (timbro eventuale)

Modulo richiesta utilizzo Network convenzionato per usufruire del pagamento diretto

Il presente Modulo è da spedire a mezzo fax al n. 06-976.270.07

Attenzione: leggere l'informativa relativa al D.lgs. 196/2003 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.

DATI DEL CONTRAENTE

Cognome Nome

Data di nascita Luogo di nascita Prov

C.F. / P. IVA

Recapito telefonico Indirizzo e-mail

Nr. di polizza

DATI DELL'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

Cognome Nome

Data di nascita Luogo di nascita Prov

C.E | | | | | | | | | | | | | |

Recapito telefonicoIndirizzo e-mail

Nr. dossier assegnato al momento della chiamata alla centrale

PRESTAZIONE RICHIESTA:

- ☐ Intervento chirurgico con ricovero
- ☐ Day surgery (intervento chirurgico senza pernottamento)
- ☐ Spese post intervento
- ☐ Parto
- ☐ Alta diagnostica
- ☐ Check up

Struttura sanitaria convenzionata scelta: Prov

Data prevista per la prestazione/ricovero:

Tipologia di intervento:

Nominativo del cirujano:

Prestazione di alta diagnostica:

Prestazione check-up scelta dall'assicurato:

Periodo utile per la prenotazione: dal al

Giorni non disponibili:

ATTENZIONE:

Si ricorda che per le prestazioni di intervento chirurgico è obbligatorio inviare, unitamente al presente modulo, il Questionario medico sanitario almeno 5 giorni (lavorativi) prima della data prevista per il ricovero.

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 D.lgs. del 30/06/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", acconsento al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti dalla copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente ASSIRECRE, 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 all'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 dalla Società.

Luogo e data /

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

Poste Assicura S.p.A. • 00144, Roma (RM), Piazzale Konrad Adenauer, 3 • Tel.: (+39) 06 549241 • Fax: (+39) 06 54924203 • 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.



Per informazioni:



800.13.18.11



infoclienti@poste-assicura.it