

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

Che tipo di assicurazione è?

È una polizza collettiva, riservata ai clienti del Banco BPM S.p.A. (con possibilità di estensione al coniuge, convivente more uxorio, figli fiscalmente a carico), che garantisce il rimborso di spese mediche sostenute per grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi, in caso di infortunio o malattia. Può altresì fornire prestazioni di Assistenza sia in termine di consulenza medica che diagnostica e prestazioni di Assistenza domiciliare in seguito a ricovero.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi**
in caso di infortunio o malattia, la Compagnia rimborsa all'Assicurato per evento e per anno assicurativo, tramite la Struttura Organizzativa, le spese sostenute durante il ricovero in Istituto di Cura a seguito di grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi. Le spese coperte sono le spese per intervento chirurgico, le spese sanitarie, i trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 90 giorni successivi al grande intervento chirurgico e al grave evento morboso e le spese pre e post ricovero.

In aggiunta alla garanzia "Grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi", l'Assicurato può acquistare la seguente garanzia opzionale:

Assistenza, compresiva di:

Assistenza – Medical Advice Program

la garanzia consente di usufruire di consulenze generiche e specialistiche, nonché di ottenere una valutazione clinico-diagnostica, in un ampio spettro di patologie, su casi che comportano un dubbio diagnostico e/o terapeutico. Le prestazioni vengono erogate utilizzando una rete di Medici Specialisti e Centri Clinici di primaria importanza internazionale.

Assistenza diagnostica

la garanzia consente di chiedere un consulto telefonico qualora l'Assicurato in caso di malattia e/o infortunio necessitasse di valutare il proprio stato di salute. La garanzia copre anche, qualora necessari, l'invio di un'autoambulanza in Italia, il trasferimento in un centro ospedaliero in Italia e la ricerca e prenotazione di visite specialistiche.

Assistenza domiciliare integrata

la garanzia fornisce la prestazione di assistenza domiciliare integrata in seguito ad infortunio e/o malattia per un lasso temporale massimo di 15 giorni in caso di ricovero con intervento chirurgico, o per un lasso temporale massimo di 8 giorni in caso di ricovero senza intervento chirurgico.

Il massimale della garanzia "Grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi" è disponibile in due opzioni, Euro 50.000,00 o Euro 150.000,00 per sinistro/anno/Assicurato, a seconda delle esigenze di protezione dell'Assicurato.



Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile la persona affetta da:

- ✗ alcolismo;
- ✗ tossicodipendenza;
- ✗ sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Non possono aderire alle garanzie le persone:

- ✗ di età di ingresso superiore a 70 anni;
- ✗ di età di ingresso inferiore a 18 anni qualora nessuno dei genitori abbia attivato la garanzia;
- ✗ che nel corso della durata del contratto superino i 75 anni di età;
- ✗ in cattivo stato di salute.



Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dall'Assicurazione i rimborsi, gli indennizzi e le prestazioni principalmente dovuti a:

- ! infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati anteriormente alla stipula della polizza sottoscritti all'Impresa di Assicurazione con dolo o colpa grave;
- ! aborto volontario non terapeutico;
- ! infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'Assicurato;
- ! infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a gare motociclistiche e relative prove ed allenamenti;
- ! cure dentarie, protesi dentarie e parodontopatie non conseguenti ad infortunio;
- ! applicazioni di carattere estetico;
- ! acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- ! soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo.

L'assicurazione prevede periodi di carenza, ovvero periodi di tempo immediatamente successivi alla data di stipulazione, durante i quali le prestazioni/garanzie non sono efficaci. Tali periodi di carenza sono diversi a seconda della garanzia e della prestazione.

L'assicurazione prevede franchigie e scoperti diversi a seconda della garanzia o della prestazione.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione è valida in tutto il mondo, ad esclusione della Garanzia Assistenza Domiciliare Integrata che ha validità esclusivamente in Italia.



Che obblighi ho?

- All'inizio del contratto:
L'Assicurato ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni per lo stesso rischio.
- Nel corso della durata del contratto:
L'Assicurato deve comunicare i cambiamenti che comportino un aggravamento o una diminuzione del rischio assicurato.
- Grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi, in caso di sinistro l'Assicurato deve:
 - Se sceglie strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance:
 - contattare preventivamente la Struttura Organizzativa Blue Assistance S.p.A.;
 - inviare la prescrizione medica attestante la necessità del ricovero o dell'intervento chirurgico;
 - successivamente, confermare l'avvenuta prenotazione presso le Strutture Sanitarie convenzionate;
 - al momento del ricovero, sottoscrivere la "lettera di impegno" trasmessa dalla Struttura Organizzativa all'Ente Convenzionato;
 - Se sceglie strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance:
 - Denunciare il sinistro alla Struttura Organizzativa entro 30 giorni dall'avvenuto ricovero;
 - Inviare copia completa della cartella clinica;
 - consegnare gli originali di parcella, note, distinte, ricevute e fatture sulle quali siano indicati nome, cognome e domicilio dell'Assicurato stesso che si è sottoposto alle cure e che risultino pagate e quietanzate;
 - acconsentire ad eventuali controlli medici e fornire ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.
- Assistenza – Medical Advice Program e Diagnostica, in caso di sinistro l'Assicurato deve:
 - telefonare alla Struttura Organizzativa a cui spiegare il caso clinico per il quale sta richiedendo il secondo parere da parte degli specialisti dei Centri Medici di Riferimento;
 - fornire la documentazione clinica e diagnostica necessaria.
- Assistenza domiciliare integrata, in caso di sinistro l'Assicurato deve:
 - contattare la Struttura Organizzativa almeno 48 ore prima delle previste dimissioni dall'Istituto di Cura e inviare l'opportuna certificazione medica con prescrizione dell'assistenza domiciliare.



Quando e come devo pagare?

Il pagamento del premio avviene con periodicità annuale, tuttavia è possibile optare per il frazionamento in rate mensili, senza applicazione di interessi. Il pagamento avviene mediante addebito sul conto corrente dell'Assicurato.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura 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 e ha durata di un anno. Se l'Assicurato non paga le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno successivo alla scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.

In mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.



Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può:

- disdire la polizza mediante comunicazione, a mezzo lettera raccomandata, almeno 60 giorni prima della scadenza annuale del contratto;
- recedere dalla polizza, con preavviso di 30 giorni, in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, tramite raccomandata da inviarsi entro il 60esimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo.

Contratto di assicurazione Collettivo per il rimborso di spese mediche per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi eventi Morbosi

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO, CONTENENTE:

- Nota Informativa, comprensiva di Glossario
- Condizioni di Assicurazione

**DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA
SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

You Care

Nota Informativa

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.

Informiamo che nel sito www.veraassicurazioni.it è possibile accedere all'Area Clienti selezionando l'apposito link presente in home page: dopo la registrazione l'utente riceverà la password al suo indirizzo di posta elettronica.

A. INFORMAZIONI INERENTI LA SOCIETÀ DI ASSICURAZIONI

1. Informazioni Generali

Vera Assicurazioni S.p.A., Impresa di Assicurazione del Gruppo Cattolica Assicurazioni, ha sede legale e direzione generale in Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona – Italia.

Numero di telefono: 045/8392777 – sito internet: www.veraassicurazioni.it

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: info@veraassicurazioni.it
- per informazioni relative alle liquidazioni: sinistrire@veraassicurazioni.it

Vera Assicurazioni S.p.A. è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 9/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00191. Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Vera Assicurazioni S.p.A. è pari a Euro 98.421.227,00 di cui Euro 63.500.000,00 di Capitale Sociale (i.v.) e Euro 3.036.711,00 di Riserve Patrimoniali.

L'**indice** di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione calcolato in funzione del requisito di capitale basato sullo specifico profilo di rischio della Impresa stessa è pari al 372%. L'**indice** di solvibilità calcolato sul requisito minimo patrimoniale richiesto è pari al 1312%.

Per ogni dettaglio si rimanda alla sezione E del documento "SFCR" (Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria) pubblicato sul sito dell'Impresa di Assicurazione.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

AVVERTENZA: la polizza You Care è stipulata con tacito rinnovo; in mancanza di disdetta spedita dall'Assicurato alla Società mediante lettera raccomandata inviata almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 1- Decorrenza della garanzia di ciascuna adesione – Pagamento del premio; delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

2. Coperture assicurative offerte - esclusioni

La Società garantisce, per il tramite della Struttura Organizzativa, nel corso della durata contrattuale, i casi di:

- A) **Rimborso delle spese sostenute a seguito di ricovero per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi;**
- B) **Assistenza: Medical Advice Program, Assistenza Domiciliare Integrata, Assistenza Diagnostica.**

A) GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI

La Società, a seguito di ricovero in Istituto di Cura a seguito di Grandi Interventi Chirurgici rimborsa all'Assicurato, in base al piano Assicurativo prescelto ed indicato nel Modulo di Adesione le spese come da Allegato 1 alle Condizioni Contrattuali, necessarie per:

- spese di intervento chirurgico;
- spese sanitarie;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 90 gg successivi al grande intervento chirurgico o al grave evento morboso;
- spese pre e post ricovero.

Per gli aspetti inerenti i dettagli delle coperture assicurative si rinvia all'Art. 13 – Oggetto dell'Assicurazione; di cui alla Sezione I – Assicurazione Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi -.

AVVERTENZA: la Società si avvale, per la gestione e l'erogazione delle prestazioni, della Struttura Organizzativa di Blue Assistance S.p.A. - Via Santa Maria,11 - 10122 Torino.

Il normativo della garanzia prevede Delimitazioni ed Esclusioni alla copertura assicurativa che possono dare luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia agli Artt.: 11 – Requisiti di assicurabilità – Limiti di età; 14 – Esclusioni – di cui alla Sezione I – Assicurazione Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi.

Il normativo della garanzia prevede Limiti di Indennizzo; per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all' Art.13 - Oggetto dell'Assicurazione Lett. D – di cui alla Sezione I – Assicurazione Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi.

Di seguito si riportano alcune semplificazioni per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento delle franchigie, scoperti, indennizzi.

INTERVENTO CHIRURGICO DA INFORTUNIO/MALATTIA	FRANCHIGIE/ SCOPERTI	MASSIMO INDENNIZZO	CARENZA/ LIMITI TEMPORALI
Gastrostomia (a seguito di malattia)	Nessuna	Da piano prescelto	La Copertura ha effetto dal 30° giorno a quello in cui ha effetto l'assicurazione.
Malattia diagnosticata anteriormente alla stipula della polizza che richiede intervento di tiroidectomia totale	Nessuna	Nessuno in quanto la malattia è anteriore alla stipula della polizza e quindi rientra nelle esclusioni di polizza	
Spese Pre e Post Ricovero per intervento di Fringotomia	Nessuna	€ 10.000,00	Entro i 90 giorni prima e i 90 giorni successivi al ricovero

B) ASSISTENZA

La Società, per il tramite della Struttura Organizzativa, si impegna ad erogare le prestazioni di Medical Advice Program, Assistenza Domiciliare Integrata e Assistenza Diagnostica.

Per gli aspetti inerenti la copertura assicurativa prevista si rinvia ai seguenti Artt.: dal 17 al 17.5 per la garanzia Medical Advice Program; dal 18 al 18.4 per la garanzia Assistenza Diagnostica; dal 19 al 19.8 per la garanzia Assistenza Domiciliare Integrata; di cui alla Sezione II – Assicurazione Assistenza.

Il normativo della garanzia prevede Delimitazioni ed Esclusioni alla copertura assicurativa che possono dare luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia agli Artt.: 11- Requisiti di assi curabilità - Limiti di età; 19.3- Esclusioni e 19.4- Validità; di cui alla Sezione II – Assicurazione Assistenza.

Il normativo della garanzia prevede la presenza di franchigie, scoperti e limiti di Indennizzo; per aspetti di maggior dettaglio si rinvia agli Artt: 16.2- Pagamento Indiretto per prestazioni effettuate presso strutture non convenzionate; 17.4- Attivazione della rete nazionale di centri di eccellenza; 18.2- invio di un'autoambulanza in Italia; 18.3 trasferimento in un centro ospedaliero in Italia; 19.1 operatività della prestazione di Assistenza; Art 19.6 Ospedalizzazione domiciliare; 19.7 Servizi sanitari 19.8 Servizi non sanitari; di cui alla Sezione II – Assicurazione Assistenza.

AVVERTENZA: la Società si avvale, per la gestione e l'erogazione delle prestazioni, della Struttura Organizzativa di Blue Assistance S.p.A. - Via Santa Maria,11 - 10122 Torino.

In caso di necessità, per usufruire del servizio, l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa - in funzione 24 ore su 24 – ai seguenti recapiti:

Dall'Italia 800 18.50.26
dall'estero: 0039 011 742.56.65

Di seguito si riportano alcune semplificazioni per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento delle franchigie, scoperti, indennizzi.

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA	SCOPERTI/FRANCHIGIE/INDENNIZZO/CARENZE
Invio dell'ambulanza a domicilio (in Italia)	Costo del trasporto € 300,00 Massimo Indennizzo € 250,00 per sinistro con il massimo di € 500,00 per anno
Prestazione medica presso Struttura medica NON convenzionata	Scoperto 25% Minimo € 1.000,00 Massimo Indennizzo € 10.000,00
Prestazione nei Centri di Eccellenza	Spese di trasferimento e alloggio Massimo Indennizzo € 300,00

4. Periodi di carenza contrattuali

AVVERTENZA: la polizza prevede periodi di carenza. La carenza è il periodo immediatamente successivo alla data di sottoscrizione della polizza durante il quale la copertura assicurativa non è operante. Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti : Art. 15 –Termini di Carenza; delle Condizioni di cui alla Sezione I – Assicurazione Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi - e Art.19.5 –Termini di Carenza; di cui alla Sezione II – Assicurazione Assistenza.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

AVVERTENZA: eventuali dichiarazioni dell'Assicurato false o reticenti inerenti a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione ai sensi degli artt.1892,1893 e 1894 del Codice Civile.

Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti Art.2 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio;delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art 1898 del Codice Civile. Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti: Art. 3 – Aggravamento e diminuzione del rischio; delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale.

7. Premi

La polizza You Care ha durata annuale.

Il pagamento del premio avviene con periodicità annuale o in rate mensili senza oneri aggiuntivi e 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.

Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti: Art.1 –Decorrenza della garanzia di ciascuna adesione – Pagamento del premio; delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale.

I mezzi di pagamento consentiti dalla Società sono i seguenti:

- addebito annuale o mensile sul conto corrente dell'Assicurato.

AVVERTENZA: ai sottoscrittori del presente Contratto di Assicurazione You Care che sono:

- dipendenti in attività o quiescenza,
- soci del Banco BPM S.p.A.,

sono riservate condizioni agevolate: l'importo del premio annuo pagato viene scontato del 9,85%circa.

8. Diritto di recesso per sinistro

AVVERTENZA: dopo la denuncia di ogni sinistro, indennizzabile a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, sia l'Assicurato, sia la Società possono recedere dall'Assicurazione con preavviso di almeno 30 giorni da darsi mediante lettera raccomandata.

Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti: Art.8 – Recesso in caso di sinistro delle Norme che regolano l'Assicurazione Generale.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivati dal contratto

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze, mentre gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda

10. Legge applicabile al contratto

In base all'art. 180 del Codice delle Assicurazioni, al Contratto di Assicurazione si applicherà la legge italiana.

11. Regime fiscale

Il premio lordo di polizza è comprensivo di oneri fiscali in base alle aliquote sotto riportate:

- | | |
|-------------------------------------------------------|------|
| - Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi | 2,5% |
| - Prestazioni di Assistenza | 10% |

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. Sinistri – Liquidazione dell’indennizzo

AVVERTENZA: l’insorgenza del sinistro coincide con il momento in cui si verifica il fatto dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia all’art. 16 – Denuncia del sinistro – modalità di pagamento – obblighi dell’Assicurato; delle Condizioni di cui alla Sezione I – Assicurazione Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi.

L’Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società e a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria.

12. Assistenza

Le prestazioni di Assistenza sono erogate dalla Società per il tramite della Struttura Organizzativa di Blue Assistance S.p.A. - Via Santa Maria, 11 - 10122 Torino., costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori) attrezzature e presidi (centralizzate e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell’anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l’Assicurato, all’organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima società. Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti Artt: 17.2 e 19.2 Obblighi dell’Assicurato di cui alla Sezione II – Assicurazione Assistenza.

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per scritto Vera Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami - Via Carlo Ederle, 45-37126 Verona - Fax 045.8372903 - email: reclami@veraassicurazioni.it I reclami riguardanti invece il comportamento dell’Intermediario, dei suoi dipendenti e collaboratori, devono essere inoltrati all’Intermediario stesso che provvede a gestirli secondo quanto previsto dalla sua politica di gestione. I reclami di spettanza dell’Intermediario ma presentati alla Società, o viceversa, saranno trasmessi senza ritardo dall’uno all’altro, dandone contestuale notizia al reclamante.

Qualora l’esponente non si ritenga soddisfatto dall’esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi a IVASS – Via del Quirinale 21 – 00187 Roma – Fax 06.42133.353/745 - Numero Verde 800-486661.

I reclami indirizzati per iscritto all’IVASS, utilizzando l’apposito modello reperibile nella sezione “Reclami” del sito della Società, dovranno contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), l’individuazione del soggetto di cui si lamenta l’operato con una breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società ed eventuale riscontro fornito dalla stessa, nonché ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell’Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere ai seguenti sistemi conciliativi previsti a livello normativo o convenzionale:

- **Mediazione obbligatoria**, prevista dal Decreto Legislativo 28/2010 e successive modificazioni introdotte con il decreto legge 69/2013 convertito, con modificazioni, nella legge 98 del 09/08/2013. Per avviare la mediazione occorre, con l'assistenza di un avvocato, presentare un'istanza ad uno degli Organismi di mediazione imparziali iscritti nell'apposito registro istituito presso il Ministero di Giustizia (consultabile sul sito www.giustizia.it) ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia.

Tale sistema costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale in relazione ai contratti assicurativi in generale;

- **Negoziazione assistita**, prevista dal Decreto legge 132/2014 convertito, con modificazioni, nella legge 162 del 10/11/2014. Tale sistema costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale per chi intenda:
 - esercitare in giudizio un'azione in materia di risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti; oppure
 - proporre in giudizio una domanda di pagamento a qualsiasi titolo di somme non eccedenti € 50.000, ad eccezione delle controversie assoggettate alla disciplina della cosiddetta mediazione obbligatoria (ovvero esclusi i contratti assicurativi in generale).

14. Arbitrato/Controversie

In caso di controversie di natura medica, sulla natura della malattia o infortunio nonché sui criteri di indennizzabilità, le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, al Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

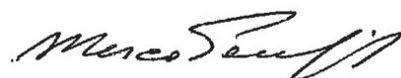
AVVERTENZA: Per la risoluzione di eventuali controversie tra le Parti, l'Assicurato in alternativa a quanto precede, ha facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, previo esperimento dei sistemi conciliativi a livello normativo o convenzionale

15. Conflitto di interessi

Il presente contratto è un prodotto Vera Assicurazioni S.p.A. società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni; Vera Assicurazioni S.p.A. è partecipata al 65% da Cattolica Assicurazioni e al 35% da Banco BPM S.p.A.. Il presente prodotto è intermediato dalle Banche del Gruppo Banco BPM. Il collocamento del presente contratto potrebbe comportare il rischio di un conflitto di interesse derivante dalla situazione sopra descritta. La Società si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva variazione rilevante circa quanto sopra. La Società, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interesse, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno al Contraente/Aderente.

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

Il Rappresentante legale
MARCO PASSAFIUME



GLOSSARIO

ASSICURATO

Il soggetto, residente nel territorio della Repubblica Italiana, il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

CENTRO MEDICO DI RIFERIMENTO

Le strutture sanitarie ed i centri clinici facenti parte del network di Istituti di Ricerca e Cura a carattere Scientifico, Ospedali e Medici Specialisti, convenzionati con Blue Assistance S.p.A. che provvedono alla formulazione del secondo parere medico a seguito della trasmissione dei quesiti e della documentazione medica.

CONTRAENTE

Banco BPM S.p.A. con Sede legale in Piazza Meda 4, 20121 Milano.

DAY HOSPITAL

La degenza esclusivamente diurna, documentata da cartella clinica, in Istituto di cura.

DICHIARAZIONE "BUONO STATO DI SALUTE"

È la dichiarazione che l'Assicurato compila all'atto della sottoscrizione del Modulo di Adesione. Essa contiene una serie di informazioni inerenti lo stato di salute e le precedenti malattie o infortuni dell'Assicurato. Le dichiarazioni devono essere rilasciate con specifico richiamo agli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

ESTERO

Tutti i territori al di fuori dell'Italia.

GARANZIA

La garanzia assicurativa per la quale, in caso di sinistro, la Società procede al riconoscimento dell'indennizzo e per la quale, sia stato pagato il relativo premio.

INDENNIZZO

La somma forfettariamente indicata in polizza corrisposta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che abbia come conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili che causino la morte, l'invalidità permanente o l'incapacità temporanea.

INTERVENTO CHIRURGICO

Tecnica terapeutica cruenta applicata sull'assicurato mediante l'uso di strumenti operatori, finalizzata a risolvere una patologia o una lesione conseguente ad infortunio.

ISTITUTO DI CURA

L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

LIMITE DI INDENNIZZO

È l'importo massimo entro la quale la Società è impegnata ad offrire la prestazione assicurativa.

MALATTIA

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

MALATTIA IMPROVVISA

La malattia di acuta insorgenza su cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.

MALATTIA PREESISTENTE

La malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti se note e o diagnosticate alla data di sottoscrizione della polizza.

MALATTIA ONCOLOGICA

Qualsiasi neoplasia maligna, invasiva, nonché i tumori benigni e di malignità non specificata dell'encefalo e degli altri organi del sistema nervoso centrale.

MODULO DI ADESIONE (MAD)

Il documento sottoscritto dall'Assicurato comprovante l'esistenza ed il contenuto della copertura assicurativa.

PREMIO

La somma dovuta alla Società.

PRESTAZIONE

L'Assistenza da erogarsi in natura e cioè l'aiuto che deve essere fornito all'Assicurato, nel momento del bisogno, da parte della Società per il tramite della Struttura Organizzativa.

RICOVERO

La permanenza in un Istituto di cura che contempli almeno un pernottamento.

RIMBORSO

La reintegrazione delle spese sostenute dall'Assicurato coperte dalla garanzia.

SCOPERTO

L'importo da calcolarsi in misura percentuale sul danno, che per ciascun sinistro liquidato viene dedotto dall'indennizzo. Detto importo rimane a carico dell'Assicurato.

SINISTRO

L'evento futuro, dannoso e incerto che determina la richiesta di assistenza, di rimborso o di indennizzo da parte dell'Assicurato.

SOCIETÀ

Vera Assicurazioni S.p.A.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La Struttura di Blue Assistance S.p.A. - Via Santa Maria, 11 - 10122 Torino,, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza.

STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE

Le strutture sanitarie (ospedali, istituti universitari, case di cura) e le equipe mediche convenzionate con Blue Assistance alle quali l'Assicurato potrà rivolgersi, su indicazione e previa autorizzazione della Struttura Organizzativa, per usufruire delle garanzie sanitarie previste in polizza.

In caso di ricovero presso una Struttura Sanitaria Convenzionata, tali garanzie sono fornite senza che l'Assicurato debba provvedere ad anticipi o pagamenti, di cui Blue Assistance si farà carico direttamente in nome e per conto di Vera Assicurazioni S.p.A..

STRUTTURE SANITARIE NON CONVENZIONATE

Strutture Sanitarie e/o Equipe Mediche diverse da quelle indicate dalla Struttura Organizzativa di Blue Assistance, in possesso dei requisiti stabiliti dalla normativa di legge in vigore, alle quali l'Assicurato potrà comunque rivolgersi per usufruire delle garanzie sanitarie previste in Polizza.

You Care

Condizioni di Assicurazione

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

La Polizza Convenzione collettiva You Care N. 3382 stipulata con Vera Assicurazioni S.p.A. è depositata sia presso la direzione Generale del Banco BPM S.p.A. sia presso la direzione di Vera Assicurazioni S.p.A.

Art.1 – Decorrenza della garanzia di ciascuna adesione – Pagamento del Premio – Proroga

Le garanzie decorreranno nei confronti di ogni Assicurato dalle ore 24:00 del giorno della sottoscrizione, da parte dell'Assicurato stesso, del Modulo di Adesione, presso una Filiale o Agenzia del Contraente, che corrisponde alla data del pagamento del premio, o della prima rata di premio ed avrà durata di anni 1 (uno). Se l'Assicurato non paga le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Una copia del "Modulo di Adesione", debitamente sottoscritto dall'Assicurato, dovrà essere inoltrata dal Contraente alla Società.

In mancanza di disdetta, inviata almeno sessanta giorni prima della scadenza anniversaria, mediante lettera raccomandata inviata direttamente al Contraente o alla Società, ogni singola adesione si rinnova per un anno e così successivamente.

PROSPETTO DEI PIANI ASSICURATIVI E PREMI

Il premio annuo procapite di ogni singola Adesione, indicato nella tabella seguente, varia in base al piano prescelto.

COPERTURA STANDARD		
Massimale 50.000€	PREMIO	
Età in Ingresso	GIC&GEM pre e post	Assistenza
0-18	173,00	68,00
19-30	199,00	68,00
31-40	211,00	68,00
41-50	273,00	68,00
51-60	366,00	68,00
61-65	521,00	68,00
66-70	740,00	68,00

COPERTURA STANDARD		
Massimale 150.000€	PREMIO	
Età in Ingresso	GIC&GEM pre e post	Assistenza
0-18	190,00	68,00
19-30	214,00	68,00
31-40	231,00	68,00
41-50	299,00	68,00
51-60	402,00	68,00
61-65	575,00	68,00
66-70	817,00	68,00

I premi su esposti sono comprensivi di imposte. Le imposte relative alle garanzie Infortuni e Malattia sono pari al 2,5% mentre quelle relative alla garanzia Assistenza sono pari al 10%. Il contratto prevede il pagamento del premio in forma annuale, tuttavia, all'atto del perfezionamento, è possibile optare per il frazionamento in rate mensili, senza applicazione di interessi. Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno ed è dovuto per intero, anche in caso di frazionamento. L'Assicurato, sarà tenuto a corrispondere il premio relativo all'intero periodo di garanzia prestata ed, in caso di sinistro, l'Assicurato si impegna a pagare tutte le rate ancora insolute, fino a compimento dell'annualità intera, contestualmente alla liquidazione del sinistro..

Ai sottoscrittori del Contratto di Assicurazione You Care che sono:

- dipendenti in attività e in quiescenza,
- soci del Gruppo Banco BPM,

sono riservate condizioni agevolate: l'importo del premio annuo pagato viene scontato al minimo del 9,85% circa.

Art. 2 – Dichiarazione relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell' Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli art.1892,1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 3 – Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art.1898 del Codice Civile.

Art. 4 – Altre Assicurazioni

Il Contraente/Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro il Contraente/Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri così come disposto dall'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 5 – Foro Competente

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede dell'Assicurato.

Art. 6 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relative all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Art. 7 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 8 – Recesso in caso di sinistro

Dopo la denuncia di sinistro, indennizzabile a termini di polizza e fino al 60° giorno del pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 30 giorni da darsi mediante lettera raccomandata. In caso di recesso esercitato da una delle parti, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio imponibile relativo al periodo di rischio non corso.

Art. 9 – Persone non assicurabili – Cessazioni dell'assicurazione

La Società presta l'Assicurazione su dichiarazione dell'Assicurato di non essere affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso del contratto, costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione a sensi dell'Art.1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato stesso; si applica in questo caso la disciplina prevista da tale articolo.

Art.10 – Validità Territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo, ad esclusione della Garanzia Assistenza Domiciliare Integrata che ha validità esclusivamente in Italia.

Art.11 – Requisiti di assicurabilità – Limiti di età

Sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- di età non superiore a 75 anni, purchè al momento della sottoscrizione non abbiano ancora compiuto i 70 anni di età;
- minori di 18 anni di età, purchè la garanzia venga attivata contestualmente almeno per uno dei genitori;
- in buono stato di salute in generale, come attestato dalla dichiarazione sottoscritta dagli Assicurati sul Modulo di Adesione.

Art. 12 – Arbitrato/Controversie

In caso di controversie di natura medica, sulla natura della malattia o infortunio nonché sui criteri di indennizzabilità, le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, al Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Per la risoluzione di eventuali controversie tra le Parti l'Assicurato, in alternativa a quanto precede, ha facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, previo esperimento dei sistemi conciliativi a livello normativo o convenzionale.

SEZIONE I ASSICURAZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI

La Società si avvale, per la gestione e l'erogazione delle prestazioni, della Struttura Organizzativa di Blue Assistance S.p.A. - Via Santa Maria, 11 - 10122 Torino.

CONDIZIONI GENERALI DI SEZIONE

Soggetti Assicurati

Oltre all'Assicurato, le coperture possono essere estese al Coniuge, al Convivente more uxorio ed ai figli fiscalmente a carico.

Art.13 – Oggetto dell'assicurazione

La Società si impegna, in caso di infortunio o malattia, per il tramite della Struttura Organizzativa, a rimborsare all'Assicurato, per evento e per anno assicurativo, nell'ambito del massimale di cui al Piano Assicurativo prescelto ed indicato nel Modulo di Adesione, le spese sostenute durante il ricovero in Istituto di Cura a seguito di Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi come da Allegato 1 per:

- a. **Spese di Intervento Chirurgico:** onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista, diritti di sala operatoria e materiale di intervento comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento.
- b. **Spese sanitarie:** retta di degenza, retta per l'accompagnatore, prestazioni mediche ed infermieristiche, consulenze medico – specialistiche, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici, durante il ricovero.
- c. **Trattamenti fisioterapici e rieducativi nei 90 giorni successivi al Grande Intervento Chirurgico o al Grave Evento Morboso.**
- d. **Spese Pre e Post ricovero:** le spese sostenute nei 90 giorni prima e nei 90 giorni successivi al ricovero, purché relative agli eventi indennizzabili a termini di polizza, entro il limite di **€ 10.000,00**, vi rientrano le seguenti spese:
 - accertamenti diagnostici;
 - visite specialistiche;
 - spese riabilitative con il limite di **€ 2.500,00**;
 - tutori e/o protesi con il limite di **€ 1.500,00**;
 - spese per terapie oncologiche con il limite di **€ 5.000,00** qualora all'Assicurato in corso di contratto venga diagnosticata ed accertata per la prima volta nella sua vita una malattia oncologica.

Art.14 – Esclusioni

Sono esclusi i rimborsi, gli indennizzi e le prestazioni conseguenti a:

- 1) infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto sottaciuti alla Compagnia con dolo o colpa grave;
- 2) stati patologici correlati all'infezione da HIV;
- 3) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- 4) infortuni e malattie conseguenti all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- 5) aborto volontario non terapeutico;
- 6) infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'Assicurato; sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;

- 7) infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità;
- 8) cure dentarie, protesi dentarie e le parodontopatie non conseguenti ad infortunio;
- 9) applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia);
- 10) conseguenze di guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni;
- 11) conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 12) acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- 13) soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo (ancorché qualificate come istituti di cura). Sono inoltre esclusi i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati in ambulatorio.

Art.15 – Termini di Carenza

La garanzia decorre:

- 1 per gli infortuni, dalle ore 24:00 del giorno in cui ha effetto l'assicurazione;
- 2 per le malattie, dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;
- 3 per le conseguenze di stati patologici latenti, insorti anteriormente alla stipulazione del contratto e non ancora manifestati, certa la non conoscenza dell'Assicurato, dal 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;
- 4 per il parto e per le malattie da puerperio: dal 300° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione di contratto analogo, riguardante lo stesso Assicurato, i termini di cui sopra non operano.

Art.16 – Denuncia del sinistro – Modalità di pagamento – Obblighi dell'Assicurato

Le spese garantite in polizza vengono rimborsate, nel limite dei massimali annui per persona, con le modalità, i limiti ed i criteri qui di seguito elencati per ogni sinistro:

16.1 - Pagamento Diretto per prestazioni mediche effettuate presso Strutture Sanitarie Convenzionate con Blue Assistance.

Qualora l'Assicurato si avvalga di una Struttura Sanitaria Convenzionata con Blue Assistance, il massimale per anno assicurativo sarà quello indicato sul Modulo di Adesione senza applicazione di alcuno scoperto.

Per usufruire delle prestazioni mediche di un centro convenzionato, l'Assicurato deve contattare preventivamente la Struttura Organizzativa tramite il seguente numero telefonico:

Dall'Italia 800 18.50.26

Dall'estero: 0039 011 742.56.65

comunicando con estrema precisione:

- nome e cognome dell'Assicurato che necessita di Ricovero o Intervento Chirurgico;
- numero di Adesione;
- indirizzo del luogo in cui trova e recapito telefonico;

Unitamente ai sopraccitati dati è indispensabile che l'Assicurato invii alla Struttura Organizzativa (a mezzo telefax al N. 0039 011 742.55.88), la prescrizione medica attestante la necessità del Ricovero o dell'Intervento Chirurgico.

La preventiva attivazione della Struttura Organizzativa, l'invio della prescrizione medica e la successiva conferma dell'avvenuta prenotazione presso le Strutture Sanitarie convenzionate, sono condizioni essenziali per l'operatività del pagamento diretto.

All'atto del ricovero presso la Struttura Sanitaria Convenzionata l'Assicurato dovrà sottoscrivere la "lettera di impegno" trasmessa dalla Struttura Organizzativa all'Ente Convenzionato. A ricovero concluso, la Struttura Sanitaria Convenzionata trasmetterà direttamente alla Struttura Organizzativa gli originali delle fatture (intestate all'Assicurato) e della documentazione clinica. La Società pagherà direttamente, senza applicazione di alcuno scoperto, le spese sostenute per le prestazioni mediche ricevute che sono garantite a termine di polizza. L'Assicurato dovrà provvedere direttamente al pagamento delle spese o delle eccedenze di spese sostenute per le prestazioni ricevute che non sono garantite a termini di polizza.

L'Assicurato si impegna a restituire alla Società gli importi dalla stessa liquidati per prestazioni che, dall'esame della cartella clinica o da altra documentazione medica, risultino non indennizzabili.

16.2 Pagamento indiretto per prestazioni mediche effettuate presso Strutture Sanitarie non convenzionate con Blue Assistance

Qualora l'Assicurato si avvalga di una Struttura Sanitaria non Convenzionata con Blue Assistance, il massimale per anno assicurativo sarà quello indicato sul Modulo di Adesione con applicazione di uno **scoperto del 25% con un minimo di €1.000,00 ed un massimo di €10.000,00.**

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute l'Assicurato deve:

- Denunciare il sinistro alla Struttura Organizzativa entro trenta giorni dall'avvenuto ricovero rientrante nella garanzia prevista all'art. 16.1, con certificato medico da cui risulti la diagnosi circostanziata.
- Provvedere ad inviare a Blue Assistance S.p.A. - Via Santa Maria, 11 - 10122 Torino – Ufficio Liquidazione Sinistri Grandi Interventi - la copia del Modulo di Adesione, la copia autentica e completa della cartella clinica.
- Consegnare a Blue Assistance gli originali di parcelle, notule, distinte, ricevute e fatture, sulle quali siano indicati nome, cognome e domicilio dell'Assicurato che si è sottoposto alle cure e che risultino pagate e quietanzate.
- Acconsentire a eventuali controlli medici disposti da Blue Assistance e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato. Al ricevimento di tutta la documentazione di cui sopra, Blue Assistance in nome e per conto della Società provvederà al pagamento di quanto spettante, secondo i massimali indicati nel Modulo di Adesione ed i limiti riportati **all'art.13 – Oggetto dell'assicurazione.** Per la garanzia "Rimborso Spese per Grandi Interventi" o "Rimborso Spese per Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi" qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, Blue Assistance effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

ALLEGATO 1 – ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI

1.1 GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Si considerano “Grandi Interventi Chirurgici” i seguenti interventi:

ANALGESIA

Blocco dell'ipofisi

CHIRURGIA GENERALE

Collo

Trattamento ferite profonde del collo

Asportazione delle ghiandole salivari, per neoplasie

Linfectomia cervicale bilaterale

Linfectomia cervicale mono laterale

Interventi sulla tiroide:

- a. tiroideomie parziali per neoplasia maligna
- b. tiroideomia totale per neoplasia maligna
- c. tiroideomia allargata per neoplasia maligna

Gozzo retrosternale

Gozzo retrosternale con mediastinotomia

Interventi sulle paratiroidi

Faringotomia ed esofagotomia

Interventi per diverticolo dell'esofago

Resezione dell'esofago cervicale

Addome (parete addominale)

Laparatomia per drenaggio di peritoniti

Intervento per ernia inguinale o crurale complicata o recidiva

Ernia ombelicale o epigastrica complicata o recidiva

Intervento per ernie diaframmatiche

Intervento iatale con funduplicatio

Peritoneo

Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale

Esofago

Interventi sull'esofago

Resezioni parziali o totali sull'esofago

Stomaco, duodeno

Gastrostomia

Gastro enterostomia

Resezione gastrica

Gastroectomia totale

Resezione gastro – duodenale per ulcera peptica postopertoria

Intervento per fistola gastrodigiunocolica

Sutura di perforazioni gastriche e intestinali

Intestino

Emicolectomia
Enterostomia, ano artificiale e chiusura
Enteroanastomosi
Resezione del tenue
Resezione ileocecale
Colectomia totale
Colectomie parziali
Appendicectomy con peritonite diffusa

Retto Ano

Interventi per ascesso del cavo ischiorettale
Interventi per neoplasie per retto ano
Operazione per megacolon
Proctocolectomia totale

Fegato

Drenaggio di ascesso epatico
Interventi per echinococchi
Resezioni epatiche
Derivazioni biliodigestive
Interventi sulla papilla di Vater
Reinterventi sulle vie biliari
Incannulazione dell'arteria epatica per perfusione antitumorale
Interventi chirurgici per ipertensione portale
Epatotomia
Coledocotomia
Papillotomia per via transduodenale per neoplasie
Deconnessione azigosportale per via addominale

Pancreas Milza

Interventi per pancreatite acuta
Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
Interventi per pancreatite cronica
Interventi per neoplasie pancreatiche
Splenectomia

Torace parete toracica

Interventi per tumori maligni della mammella
Toracotomia esplorativa
Resezione costali
Correzioni di malformazioni parietali

Interventi sul mediastino

Interventi per ascessi
Interventi per tumori

Interventi su polmone- bronchi- trachea

Interventi per ferite del polmone
Interventi per ascessi
Interventi per fistole bronchiali
Interventi per echinococco
Resezioni segmentarie e lobectomia
Pneumectomia
Pleuropneumectomia
Tumori della trachea
Resezione bronchiale con reimpianto
Timectomia

CARDIOCHIRURGIA E CHIRURGIA TORACICA

Tutti gli interventi:

- a. a cuore chiuso, (con l'esclusione delle coronarografie e delle angioplastiche, se non associate a posizionamento di stent o altri dispositivi endovascolari)
- b. a cuore aperto

Tutti gli interventi neonatali a cuore aperto con ipotermia profonda e arresto circolatorio

Impianto pacemaker endocavitario ed eventuale riposizionamento

Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso

Fistole arterovenose polmonari

Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale

Trapianto cardiaco

Impianti di bypass aortocoronarico

NEUROCHIRURGIA

Trapanazione cranica per puntura o drenaggio ventricolare

Registrazione della pressione intracranica

Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche

Intervento per encefalomeningocele

Intervento per craniostenosi

Asportazione tumori ossei cranici

Interventi per traumi cranio cerebrali

Plastiche craniche per tessuti extracerebrali (cute, osso, dura madre)

Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale

Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale

Trapanazione per evacuazione di ematoma epidurale e sub-durale

Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici

Anastomosi endocranica dei nervi cranici

Trattamento percutaneo della nevralgia del trigemino e di altri nervi cranici

Intervento sulla ipofisi

Asportazione tumori dell'orbita

Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, etc.)

Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche

(aneurismi sacculari, aneurismi arterovenosi, fistole arterovenose)

Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari intracraniche

Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica

Intervento per epilessia focale e callosotomia

Emisferectomia

Interventi chirurgici sulla cerniera atlantooccipitale e sul clivus per via anteriore

Neurotomia retrogasserianasezione intracranica di altri nervi

Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi simili

Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per via posteriore

Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto

Anastomosi dei vasi extra-intracranici

Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo

Endoarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario

Laminectomia decompressiva

Asportazione di processi espansivi del rachide extraintradurali extramidollari

Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomieli, ascessi, etc.)

Interventi per traumi vertebro-midollari, con lesione dei corpi vertebrali e/o delle strutture midollari

Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica

Interventi per mielopatia cervicale o ernia del disco per via anteriore o posteriore
Somatotomia vertebrale
Interventi per ernia del disco dorsale, dovute ad infortunio
Asportazione di ernia del disco lombare, dovute ad infortunio
Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, etc.)
Cordotomia e mielotomia percutanea
Applicazione di elettrodi o cateteri endorachidei per trattamento del dolore o altro
Stabilizzazione elettrodi o cateteri endorachidei e applicazione stimolatori o reservoir a permanenza

Nervi periferici

Asportazione tumori dei nervi periferici
Anastomosi extracranica di nervi cranici
Interventi sui nervi periferici per neurorrafie, neurotomie, nevrectomie, decompressive
Interventi sul plesso brachiale

Interventi sul sistema nervoso simpatico

Sympaticectomy cervico-toracica e lombare

CHIRURGIA VASCOLARE

Sutura arterie periferiche
Interventi per aneurismi arteriosi, omerale, poplitea, femorale
Interventi per aneurismi arterovenosi
Legatura arterie
Sutura dei grossi vasi
Embolectomia e trombectomia arteriosa
Interventi per stenosi ed ostruzione arteriose
Disostruzione e bypass arterioso periferiche
Trombectomia venosa periferica
 a. iliaca
 b. cava
Legatura vena cava inferiore
Resezione arteriosa con plastica vasale
Interventi per innesti di vasi
Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale
Anastomosi mesenterica-cava
Anastomosi portacava e splenorenale
Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti

CHIRURGIA PLASTICA (Ricostruttiva)

Generalità

Trasferimento di lembo libero microvascolare

Cranio-faccia e collo

Gravi e vaste mutilazioni del viso
Riduzione frattura orbitaria
Cranioplastica
Coloboma
Rare deformità cranio facciali
Labioschisi bilaterale
Labioalveoloschisi bilaterale

Palatoschisi totale
Interventi di push-back e faringoplastica
Riduzione frattura mandibolare con osteosintesi
Intervento per anchilosi temporo mandibolare
Ricostruzione della emimandibola
Progenismo, laterognazia, prognatismo (per ogni tempo operatorio)
Plastica per paralisi del nervo facciale: (per ogni tempo operatorio) Statica dinamica

Torace ed addome

Ricostruzione mammaria postmastectomia radicale (protesi escluse)
Plastica per ipospadia ed epispodia
Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio)
Ricostruzione vaginale
Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio)

Arti

Malformazioni complesse delle mani (per tempo operatorio)
Trattamento mano reumatoide (protesi escluse)
Ricostruzione del pollice
Reimpianto microchirurgico del dito
Neuroraffia

CHIRURGIA PEDIATRICA

Operazioni pediatriche tipiche

Cranio bifido con meningocele
Cranio bifido con meningoencefalocele
Craniostenosi
Idrocefalo ipersecretivo
Fistola auris congenita
Linfangioma cistico del collo
Neurolisi del plesso brachiale per paralisi ostetrica
Osteotomia derotativa per paralisi ostetrica
Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
Atresia dell'esofago
Fistola congenita dell'esofago
Torace ad imbuto e torace carenato
Ipertensione portale nel bambino (applicazione di sonda)
Trattamento chirurgico
Stenosi congenita del piloro
Occlusione intestinale del neonato:
 a. malrotazione bande congenite, volvolo
 b. atresie necessità di anastomosi
 c. ileo meconiale:
 ileostomia semplice
 resezione secondo Mickulicz
 resezione con anastomosi primitiva
Atresia dell'ano semplice:
 a. abbassamento addomino perineale
 b. operazione perineale
Atresia dell'ano con fistola rettouretrale o rettovulvare:
abbassamento addomino perineale
Prolasso del retto:
 a. cerchiaggio anale
 b. operazione addominale

Stenosi congenita dell'ano:

- a. plastica dell'ano

Teratoma sacrococcigeo

Megauretere:

- a. resezione con reimpianto
- b. resezione con sostituzione di ansa intestinale

Nefrectomia per tumore di Wilms

Spina bifida:

- a. meningocele
- b. mielomeningocele

Megacolon:

- a. colostomia
- b. resezione anteriore
- c. operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson

Esonfalo

Fistole e cisti dell'ombelico:

- a. dell'uraco
- b. del canale onfalomesenterico con resezione intestinale

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Riduzione cruenta di fratture-lussazioni della colonna vertebrale

Resezioni ossee

Amputazioni:

- a. medi segmenti
- b. grandi segmenti

Pseudoartrosi:

- a. grandi segmenti

Trattamento delle pseudoartrosi con la tecnica della compressione-distrazione

Costruzione di monconi cinematici

Interventi per costola cervicale

Scapulopessi

Asportazione di tumori ossei

Trapianti ossei o protesi diafisarie

Pseudoartrosi di tibia

Trattamento delle dismetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni

Biopsia transpeduncolare dei somi vertebrali

Resezioni articolari

Resezione di corpi vertebrali (somatectomia)

Resezioni del sacro

Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari

Laminectomia decompressiva (senza sintesi)

Disarticolazioni: media-grande

Disarticolazione interscapolo toracica

Resezioni complete di spalla (omeroscapuloclaveari) sec; TikhorLimberg con salvataggio dell'arto

Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade"

Resezioni del radio distale:

- a. artrodesizzanti
- b. con trapianto articolare peroneproradio

Emipelvectomia

Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto

Resezioni del femore prossimale artrodiafisaria e sostituzione con protesi speciali (cementate o no, modulari o no)

Resezioni artrodiafisarie del ginocchio:

- a. artrodesizzanti (trapianto o cemento + infibulo femore-tibiale)
- b. sostituzioni con protesi modulari o "custom-made"

Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi + cemento

Sinovialectomie articolari: medie articolazioni - grandi articolazioni

Artroplastiche con materiale biologico:

- a. piccole
- b. medie
- c. grandi

Plastica per lussazioni recidivanti (ginocchio)

Ricostruzione dei legamenti articolati

Applicazione dei compressori

Artrodesi:

- a. medie (piedi, polso, gomito)
- b. grandi (spalla, anca, ginocchio)

Artroli: ginocchio - piede

Riduzione cruenta lussazione congenita anca

Osteotomia di bacino (Salter, Chiari, triplice osteotomia)

Intervento di coxolisi Protesi totale di spalla

Artroprotesi di anca, dovuta a neoplasia o infortunio con frattura o lussazione delle strutture osteo – articolari

Protesi totale di displasia d'anca

Intervento di rimozione di protesi d'anca Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca , dovuta a neoplasia o infortunio con frattura o lussazione delle strutture osteo – articolari

Artroprotesi di ginocchio dovuta a neoplasia o infortunio con frattura o lussazione delle strutture osteo – articolari

Artroprotesi di gomito dovuta a neoplasia o infortunio con frattura o lussazione delle strutture osteo – articolari

Endoprotesi di Thompson dovuta a neoplasia o infortunio con frattura o lussazione delle strutture osteo – articolari

Protesi cefalica di spalla dovuta a neoplasia o infortunio con frattura o lussazione delle strutture osteo – articolari

Protesi di polso dovuta a neoplasia o infortunio con frattura o lussazione delle strutture osteo – articolari

Emiartroplastica

Vertebrotomia Intervento di ernia disco intervertebrale, dovuta ad infortunio

Biopsia vertebrale a cielo aperto

Discectomia per via anteriore per ernia cervicale, dovuta ad infortunio

Uncoforaminotomia

Corpectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella miclopatia cervicale

Osteosintesi vertebrale

Pulizia focolai osteitici

Artrodesi per via anteriore

Interventi per via posteriore:

- a. senza impianti
- b. con impianti

Interventi per via anteriore:

- a. senza impianti
- b. con impianti

Tendini Muscoli Aponevrosi

Trapianti tendinei e muscolari

Tenotomia bipolare per torcicollo miogeno congenito

Deformità delle mani e dei piedi (sindattilia, polidattilia e simili)

Impianti flessibili (es. SwansonMabauer polso e mano)

Sindesmotomia

Plastiche riparatrici ricostruttive degli arti per lesioni alle superfici flessorie e estensorie (retrazione cicatriziale. Dupuytren, esiti di flogosi, traumi, etc.) per tempo operatorio

Pollicizzazione del 2° o altro dito (per tempo operativo)

UROLOGIA

Rene

Decapsulazione

Nefropessi

Lombotomia

Lombotomia per biopsia chirurgica
Lombotomia per ascessi pararenali
Nefrectomia semplice
Nefrectomia parziale, per neoplasia maligna
Nefrectomia allargata per tumore
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
Resezione renale con clampaggio vascolare
Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)
Nefroureterectomia totale
Nefrostomia o pielostomia
Pielotomia Pieloureteroplastica (tecniche nuove)
Trapianto renale

Surrene

Surrenalectomia

Uretere

Ureteroplastica
Ureterolisi
Ureterocistoneostomia monolaterale
Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere
Ureterocistoneostomia con psioizzazione vescicale
Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale
Ureterosimoidostomia uni o bilaterale

Vescica

Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale
Emitrigonectomia
Ileo bladder
Cistoprostatovescicolectomia con ureterosigmoidostomia
Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale
Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
Riparazione di fistola vescico intestinale
Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi
Diverticolectomia con U.C.N.
Riparazione fistole vescico vaginali
Cervicocistopessi o colposospensione
Ileo e/o coloncistoplastiche
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale

Prostata

Linfadenectomia locoregionale di staging per ca. prostatico
Prostatectomia radicale extraponeurotica nerve sparing, per neoplasia maligna

Uretra

Plastiche di ricostruzione per ipospadia
Uretrectomia

Apparato genitale maschile

Amputazione totale del pene
Orchidopessi bilaterale
Orchifuniculectomia per via inguinale
Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecn. microchirurgica)
Riparazione fistole scrotali o inguinali
Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolari
Orchiectomia allargata per tumore

OSTETRICA

Trasfusioni intrauterine
Rivolgimento ed estrazione podalica
Laparotomia per gravidanza extrauterina

GINECOLOGIA

Interventi sull'ovaio e salpingi, per neoplasia maligna:
(annessiectomia, asportazione di sactosalpinge, tumori solidi, resezione ovarica)
Colpoisterectomia, con o senza annesiectomia, per neoplasia maligna
Isterectomia totale per via laparotomica (con o senza annesiectomia), per neoplasia maligna
Metroplastica per via laparotomica
Salpingoplastica
Vulvectomy radicale
Laparotomia per controllo evoluzione ca. ovaio (2° look)
Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi o con rivestimento epidermico
Riparazione chirurgica di fistola:
 a. ureterale
 b. vescico-vaginale
 c. retto vaginale
Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
Vulvectomy allargata con linfadenectomia
Intervento radicale per carcinoma ovarico
Creazione operatoria di vagina artificiale (con utilizzazione del sigma)

OCULISTICA

Trapianto corneale a tutto spessore
Odontocheratoprotesi
Orbita:
Operazione di Kroenlein od orbitotomia
Operazioni per Glaucoma:
Trabeculectomia Idrocicloretrazione
Retina:
Intervento di distacco
Fotocoagulazione laser (panretinica) nella retinopatia anche se in più sedute
Resezione sclerale
Cerchiaggio o piombaggio
Bulbo oculare:
Enucleazione, exenteratio
Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile

Varie
Vitrectomia
Episcleroplastica
Trattamento laser per neoformazione iridea

OTORINOLARINGOIATRIA

Orecchio esterno:
Atresia auris congenita: ricostruzione
Exeresi di neoplasia del padiglione, con svuotamento linfoghiandolare

Orecchio medio ed interno:

Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico
Trattamento delle petrositi suppurate
Legatura della vena giugulare previa mastoidomia
Apertura di ascesso cerebrale
Ricostruzione della catena ossiculare
Distruzione del labirinto
Chirurgia della Sindrome di Mènière
Chirurgia del sacco endolinfatico
Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale
Anastomosi e trapianti nervosi
Sezione del nervo cocleare
Sezione del nervo vestibolare
Neurinoma dell'VIII paio
Asportazione di tumori dell'orecchio medio
Asportazione di tumori del temporale
Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa

Naso e seni paranasali

Operazione radicale per sinusite mascellare
Svuotamento etmoide per via transmascellare
Operazione radicale per sinusite frontale
Trattamento chirurgico di mucoccele frontoetmoidale
Asportazione di tumori maligni del naso e dei seni
Apertura del seno sfenoidale
Intervento per fibroma duro rinofaringeo
Chirurgia della fossa pterigomascellare

Cavo orale e faringe:

Tumori parafaringei
Tumori maligni di altre sedi (tonsille, etc)
Idem, con svuotamento laterocervicale
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari.

Ghiandole salivari:

Asportazione ghiandola salivare sottomascellare per via endorale, per neoplasie
Asportazione della parotide, per neoplasie
Parotidectomia totale con preparazione del facciale, per neoplasie

LARINGE TRACHEA BRONCHI ESOFAGO

Laringe:

Corpectomia per via tirotomica
Laringectomia parziale
Laringectomia sopraglottica
Laringectomia totale
Laringectomia ricostruttiva
Laringofaringectomia
Interventi per paralisi degli abduttori

Collo (vedere anche: Chirurgia generale):

Sutura di ferite profonde con interessamento del tubo laringotracheale o dell'esofago cervicale
Intervento per laringocele
Asportazione di diverticolo esofageo
Esófagotomia cervicale

Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale maligna
Tiroidectomia totale per patologia tumorale maligna
Svuotamento sottomandibolare unilaterale
Svuotamento sottomandibolare bilaterale
Svuotamento laterocervicale unilaterale
Svuotamento laterocervicale bilaterale
Chiusura di faringostoma
Chiusura di fistola esofagea
Plastiche laringotracheali
Legatura di grossi vasi
Asportazione di tumori glomici timpanogiugulari

STOMATOLOGIA

(a scopo ricostruttivo, solo a seguito di infortunio purché l'infortunio sia certificato da pronto soccorso o analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso)

Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)
Innesto di materiale biocompatibile (sito singolo)
Innesto di materiale biocompatibile (sito multiplo)

PROTESI

(a scopo ricostruttivo, solo a seguito di infortunio purché l'infortunio sia certificato da pronto soccorso o analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso)

Protesi fissa

Corona a giacca in ceramica vetrosa e allumina
Corona oroceramica fresata

Protesi mobile

Protesi mobile totale per arcata con denti in resina
Protesi mobile totale per arcata con denti in porcellana
Protesi scheletrata in lega preziosa

CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE

Incremento della cresta alveolare mediante materiali alloplastici (per arcata)
Osteoartrotomia (anchilosi ATM)
Frattura del condilo e del coronoide (trattamento chirurgico-ortopedico)
Frattura dei mascellari (esclusa apparecchiatura): terapia chirurgica
Frattura del III superiore della faccia (NEF): con scalpo
Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale
Osteosintesi
Terapia chirurgica post-traumatica delle malformazioni maxillofacciali
(progenismo, prognatismo, laterodeviiazione mandibolare, morsus apertus, micrognazie, retrusioni inferiori e superiori).
Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, ecc.
Plastiche per paralisi facciali:
 a. statica
 b. dinamica
 c. per tempo operatorio
Pushbach e faringoplastica

1.2 GRAVI EVENTI MORBOSI

Si considerano : “ Grave Evento morboso “ le seguenti patologie:

- 1 Diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - ulcere torpide e decubiti
 - sovrinfezioni
 - infezioni urogenitali
 - ipertensione instabile
 - neuropatie
 - vasculopatie periferiche
- 2 Insufficienza cardiaca a labile compenso, caratterizzata da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - dispnea
 - edemi declivi e stasi polmonare
 - ipossiemia
 - aritmie
- 3 Cardiopatia ischemica
- 4 Insufficienza cardiaca congestizia
- 5 Angina instabile
- 6 Aritmie gravi
- 7 Infarto e complicanze
- 8 Insufficienza respiratoria, caratterizzata da almeno 3 tra le seguenti manifestazioni:
 - acuta
 - edema polmonare
 - cronica in trattamento riabilitativo
 - con ossigenoterapia domiciliare continua
 - con ventilazione domiciliare
 - cronica riacutizzata
- 9 Insufficienza renale acuta
- 10 Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico (emodialitico o peritoneale)
- 11 Neoplasie maligne: accertamenti e cure
- 12 Gravi traumatismi se controindicato intervento chirurgico comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni.
- 13 Gravi osteoartropatie e collagenosi con gravi limitazioni funzionali che comportino anchilosi o rigidità articolari superiori al 50%

Patologie neuromuscolari evolutive

- 14 Tetraplegia
- 15 Sclerosi multipla
- 16 Sclerosi laterale amiotrofica
- 17 Miopatie Miastenia
- 18 Ustioni gravi (terzo grado) con estensioni almeno pari al 20% del corpo
- 19 Vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali
- 20 Morbo di Parkinson, purchè caratterizzato da marcata riduzione dell'attività motoria e dal mantenimento con difficoltà della stazione eretta;
- 21 Stato di coma
- 22 Alzheimer (diagnosticato clinicamente)

SEZIONE II ASSICURAZIONE ASSISTENZA

La Società si avvale, per la gestione e l'erogazione delle prestazioni, della Struttura Organizzativa di Blue Assistance S.p.A. - Via Santa Maria, 11 - 10122 Torino.

CONDIZIONI GENERALI DI SEZIONE

Soggetti Assicurati

Oltre all'Assicurato, le coperture possono essere estese al Coniuge, al Convivente more uxorio ed ai figli fiscalmente a carico.

ART. 17 - MEDICAL ADVICE PROGRAM (MAP)

Si tratta di una prestazione che consente di usufruire di consulenze generiche e specialistiche, nonché di ottenere una valutazione clinico diagnostica, in un ampio spettro di patologie, su casi che comportano un dubbio diagnostico e/o terapeutico. La prestazione viene erogata utilizzando una rete di Medici Specialisti e Centri Clinici di primaria importanza internazionale. La prestazione presuppone una prima impostazione clinica fatta dal medico curante e la necessità di ottenere un parere da parte di specialisti italiani ed internazionali della materia. La prestazione è erogata da Blue Assistance, utilizzando un sistema telematico di comunicazione dei dati clinico diagnostici, preventivamente inviate dall'Assicurato, che si collega con il Centro Medico di Riferimento. In alcuni casi, su richiesta specifica dei Centri Medici di Riferimento, è prevista una visita specialistica presso i Centri stessi ed il pagamento delle spese di trasferimento e alloggio del paziente.

Art. 17.1 - EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE

Qualora l'Assicurato abbia un' alterazione dello stato di salute, per la quale è già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico, e desidera richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico diagnostica verrà, attraverso gli operatori della Struttura Organizzativa, messo in contatto con i medici di Blue Assistance e illustrerà loro il caso clinico. Il medico curante a suo giudizio, contatterà i medici della Struttura Organizzativa e, di concerto con loro, valuterà la necessità e l'appropriatezza della richiesta di Secondo Parere Medico.

Art. 17.2 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato dovrà telefonare alla Struttura Organizzativa che lo metterà in contatto con i medici di Blue Assistance, cui spiegherà il caso clinico per il quale richiede il secondo parere da parte degli specialisti dei Centri Medici di Riferimento.

Art. 17.3 - CONSULENZA MEDICA DI SECONDO LIVELLO

I Medici di Blue Assistance, valutata la richiesta dell'Assicurato, effettuano con questo l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i medici curanti. In questa fase saranno attivate consulenze mediche di tipo generico o specialistico e potrà essere definita dove richiesta una consulenza di orientamento per accertamenti specifici (Check-up).

Art. 17.4 - ATTIVAZIONE DELLA RETE NAZIONALE DI "CENTRI DI ECCELLENZA"

A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva dei medici della Struttura Organizzativa si procederà alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico, ed all'elaborazione dei quesiti che verranno sottoposti ai Medici Specialisti dei "Centri di eccellenza". Tutti i dati clinici, saranno trasmessi attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri ai Centri Medici di Riferimento. Il Centro Medico di riferimento eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei Medici Specialisti, potrà richiedere di visitare il paziente stesso.

I costi della visita specialistica saranno a carico della Società così come le spese di trasferimento e alloggio del paziente fino ad un massimo di € 300,00.

I medici specialisti dei “Centri di eccellenza” formuleranno rapidamente la propria risposta scritta, che verrà inviata ai medici di Blue Assistance che, a sua volta, la trasmetteranno all’Assicurato, aiutandolo ove occorra, ad interpretarla. La Società terrà a proprio carico tutti i costi.

Art 17.5 - ATTIVAZIONE DEL SECONDO PARERE INTERNAZIONALE

Qualora su indicazione dei medici della Struttura Organizzativa o di quelli dei “Centri di eccellenza” nazionale, si ritenesse opportuno avvalersi di strutture internazionali di comprovato livello, queste verranno contattate dai medici della Struttura Organizzativa al fine di erogare il servizio di secondo parere internazionale. Tale servizio provvederà alla raccolta della documentazione del cliente, la digitalizzazione della stessa se ancora non eseguita, il trasferimento del caso clinico al Centro Internazionale individuato e la predisposizione di un secondo parere scritto da parte del centro internazionale.

ART. 18 - ASSISTENZA DIAGNOSTICA

Art. 18.1 - CONSULENZA MEDICA

Qualora l’Assicurato in caso di malattia e/o infortunio necessitasse valutare il proprio stato di salute, potrà contattare i medici della Struttura Organizzativa e chiedere un consulto telefonico.

Art 18.2 - INVIO DI UNA AUTOAMBULANZA IN ITALIA

Qualora l’Assicurato, a seguito di infortunio e successivamente ad una Consulenza Medica, necessitasse di un trasporto in autoambulanza, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasferimento dell’Assicurato al centro medico più vicino.

La Società terrà a proprio carico i costi fino alla concorrenza massima di € 500,00 per anno con il limite di € 250,00 per sinistro.

Art. 18.3 - TRASFERIMENTO IN UN CENTRO OSPEDALIERO IN ITALIA

Qualora l’Assicurato, a seguito di infortunio, risulti affetto da una patologia che per caratteristiche obiettive viene ritenuta dai medici della Struttura Organizzativa non curabile nell’ambito dell’organizzazione ospedaliera della regione di residenza dell’Assicurato per l’improvvisa carenza dei soli strumenti clinici necessari e idonei alla cura, ed i medici di cui sopra, previa analisi del quadro clinico dell’Assicurato d’intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il trasferimento dell’Assicurato in un centro ospedaliero adeguato alla cura della patologia da cui è affetto, la Struttura Organizzativa provvederà:

- ad individuare e prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, il Centro Ospedaliero ritenuto più attrezzato per la patologia dell’Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell’Assicurato in autoambulanza, senza limiti di percorso.
Il trasporto sarà interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa, inclusa l’assistenza infermieristica durante il viaggio, qualora i medici della Struttura Organizzativa la ritenessero necessaria. La Società terrà a proprio carico i relativi costi.

La prestazione viene fornita, giusta certificazione del Direttore Sanitario della struttura interessata:

- **dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza della garanzia per trasferimenti resi necessari da**

infortunio. Sono escluse dalla prestazione:

- **le infermità o lesioni che, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa, possono essere curate nell’ambito dell’Organizzazione Ospedaliera della Regione di Residenza;**
- **le infermità o le lesioni che non sono curabili nell’ambito dell’Organizzazione Ospedaliera della Regione di Residenza per deficienze strutturali e/o organizzative dell’Organizzazione Ospedaliera;**
- **tutti i casi in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie.**

Art. 18.4 - RICERCA E PRENOTAZIONE VISITE SPECIALISTICHE

Qualora l’Assicurato, a seguito di malattia e/o infortunio, debba sottoporsi a una visita specialistica, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, sentito il medico curante, individuerà e prenoterà, tenuto conto delle disponibilità esistenti, la visita specialistica, in accordo con l’Assicurato.

ART 19 - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

Art. 19.1 - OPERATIVITÀ DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA

Le prestazioni sono dovute in seguito ad infortunio e/o malattia, per un lasso temporale massimo di 15 giorni ed una franchigia di giorni 5, in caso di ricovero con intervento chirurgico, di giorni 8 in caso di ricovero senza intervento chirurgico.

Art. 19.2 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

In caso di sinistro l'Assicurato deve prendere contatto con la Struttura Organizzativa almeno 48 ore prima delle previste dimissioni dall'Istituto di Cura, chiamando il numero di telefono **800 18.50.26** e inviando via telefax al numero 0039 011 742.55.88 l'opportuna certificazione medica con prescrizione dell'assistenza domiciliare. **L'inadempienza a tale obbligo comporta la decadenza dal diritto alla prestazione.**

Art. 19.3 - ESCLUSIONI

Tutte le prestazioni riportate nel presente capitolo non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti dalle cause previste all'Art. 14 Esclusioni, ferme restando le ulteriori esclusioni riportate in ogni singola prestazione.

Art. 19.4 - VALIDITÀ

Le prestazioni indicate all'art. 19 sono operanti esclusivamente in Italia.

Art. 19.5 - TERMINI DI CARENZA

La prestazione decorre:

- 1 per gli infortuni, dalle ore 24:00 del giorno in cui ha effetto l'assicurazione.**
- 2 per le malattie, dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione.**
- 3 per le conseguenze di stati patologici latenti, insorti anteriormente alla stipulazione del contratto e non ancora manifestati, certa la non conoscenza dell'Assicurato, dal 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;**
- 4 per il parto e per le malattie da puerperio: dal 300° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;**

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione di contratto analogo, riguardante lo stesso Assicurato, i termini di cui sopra non operano.

Art. 19.6 - OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, la Struttura Organizzativa organizza e gestisce, su richiesta scritta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico per un **massimo di 60 giorni postricovero**. Le modalità per l'accesso ed erogazione del servizio, accertata la necessità della prestazione, verranno definite dal servizio medico della Struttura Organizzativa in accordo con i medici curanti dell'Assicurato.

Art. 19.7 - SERVIZI SANITARI

Qualora l'Assicurato, trovandosi in Italia, a seguito di infortunio o malattia che abbia comportato un ricovero, con o senza intervento chirurgico necessiti di eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie, elettrocardiogrammi non urgenti, e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad organizzare il servizio per un **massimo di 60 giorni postricovero**, dopo le dimissioni dell'Assicurato dall'Istituto di Cura in cui era ricoverato.

Art. 19.8 - SERVIZI NON SANITARI

Qualora l'Assicurato, trovandosi in Italia, a seguito di malattia o infortunio che abbia comportato un ricovero, con o senza intervento chirurgico, non possa lasciare il proprio domicilio, la Struttura Organizzativa garantisce l'invio di personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori. La Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad organizzare il servizio fino ad un **massimo di 60 giorni postricovero**, dopo le dimissioni dell'Assicurato dall'Istituto di Cura in cui era ricoverato.

Art. 20 - COME RICHIEDERE ASSISTENZA

In caso di necessità, dovunque ci si trovi, la Struttura Organizzativa è in funzione 24 ore su 24. Il personale specializzato della Struttura Organizzativa è a completa disposizione, pronto ad intervenire o ad indicare le procedure più idonee per risolvere nel migliore dei modi qualsiasi tipo di problema oltre ad autorizzare eventuali spese.

Dall'Italia 800 18.50.26
dall'estero: 0039 011 742.56.65

IMPORTANTE: non prendere alcuna iniziativa senza avere prima interpellato telefonicamente la Struttura Organizzativa.

Si dovranno comunicare subito all'operatore le seguenti informazioni:

- tipo di intervento richiesto;
- nome e cognome;
- numero di Adesione;
- indirizzo del luogo in cui ci si trova;
- recapito telefonico;

Qualora fosse nell'impossibilità di contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa, potrà inviare: un fax al numero 0039 011 742.55.88.

Blue Assistance per poter erogare le prestazioni/garanzie previste in polizza, deve effettuare il trattamento dei dati dell'Assicurato e a tal fine necessita ai sensi del D.L. 30.06.2003 n 196 (Codice Privacy) del suo consenso. Pertanto l'Assicurato contattando o facendo contattare Europ Assistance, fornisce liberamente il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali comuni e sensibili così come indicato nell'Informativa al trattamento dei dati.

You Care

Informativa in materia di protezione dei
dati personali

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13

del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (di seguito REG. UE)

Danni individuale

La Società Vera Assicurazioni S.p.A., con sede in (Verona), Via Carlo Ederle 45, **quale Titolare dei trattamenti sotto indicati**, premesso che la presente informativa viene rilasciata tramite i contraenti/assicurati/ ⁽¹⁾, anche agli eventuali interessati ⁽²⁾:

- cui i dati trattati si riferiscono, che prestino attività lavorativa o professionale o collaborino o siano in rapporti commerciali ed economici, familiari, di convivenza, o diversi, con i detti soggetti;
- i cui dati possano comunque essere comunicati, conosciuti e/o trattati dal Titolare in esecuzione e nello svolgimento del rapporto principale,

fornisce le seguenti informazioni.

DATI E FINALITA' DEL TRATTAMENTO

I dati personali identificativi ⁽³⁾, immagini e/o video, dati amministrativi, contabili e fiscali, professionali, commerciali patrimoniali e reddituali, eventuali dati giudiziari e dati relativi alla salute, relativi all'interessato o a terzi ⁽⁴⁾, sono utilizzati in osservanza e nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali:

- 1. per finalità assicurative/liquidative del Titolare** e quindi per finalità strettamente connesse e strumentali all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, per lo svolgimento dell'attività assicurativa, riassicurativa e di coassicurazione per l'ulteriore distribuzione del rischio; per la valutazione del rischio assicurato e per la gestione e la liquidazione dei sinistri; per attività preliminari ⁽⁵⁾ e conseguenti ⁽⁶⁾ (anche attraverso dati puntuali raccolti presso altre banche dati a cui il Titolare possa avere accesso per la valutazione economico/finanziaria del cliente), strumentali e conseguenti ⁽⁷⁾ alle predette; per l'esercizio e la difesa dei diritti, ecc. e per finalità derivanti da obblighi normativi, a cui è soggetto Titolare ⁽⁸⁾; inoltre anche per la comunicazione ad altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa ed al trattamento e trasferimento all'estero, anche extra UE, da parte del Titolare e di tali altri soggetti. In caso di Vostra comunicazione di dati personali relativi a terzi, siete responsabili della suddetta comunicazione e siete tenuti ad informarli e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi al trattamento dei loro dati, per le finalità, e con le modalità e da parte dei soggetti indicati;
- 2. per finalità di legittimo interesse di marketing del Titolare**, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto ⁽⁹⁾, salvo opposizione ⁽¹⁰⁾, così da farvi conoscere i prodotti/servizi del Titolare e quindi ad esempio ai fini di invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazione commerciale e promozione commerciale;
- 3. per finalità di legittimo interesse del Gruppo Imprenditoriale Cattolica (l'elenco delle società del Gruppo è rinvenibile sul sito www.cattolica.it), di comunicazione dei dati alle società facenti parte, che li tratteranno per proprie finalità di marketing, effettuate con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto ⁽¹¹⁾;**

⁽¹⁾ anche nel caso in cui siano soggetti diversi da persone fisiche;

⁽²⁾ ossia le persone fisiche cui si riferiscono i dati personali;

⁽³⁾ quali ad esempio nome, cognome, codice fiscale, partita iva, indirizzo, e-mail, recapito telefonico, targa/telaio del veicolo o natante, etc;

⁽⁴⁾ quali ad esempio conviventi, familiari, conducenti, beneficiari, collaboratori, dipendenti, referenti, garanti e coobbligati, etc., ed i cui dati vengono trattati limitatamente alle finalità assicurative/liquidative;

⁽⁵⁾ quali ad esempio la stesura di preventivi;

⁽⁶⁾ quali ad esempio analisi tariffarie;

⁽⁷⁾ quali ad esempio la verifica della qualità percepita del servizio, con riferimento a richieste pervenute e al miglioramento del servizio reso;

⁽⁸⁾ quali ad esempio attività di antiriciclaggio, antifrode e vigilanza assicurativa anche sui sinistri, normative ed enti relativi all'assicurazione agevolata agricola, etc. (inclusi gli adempimenti IDD previsti dalla Direttiva Europea 2016/97/UE) etc.;

⁽⁹⁾ di cui all'art. 130, I e II comma, del Codice Privacy, tramite attività svolte oltre che con interviste personali, questionari, posta ordinaria, telefono - anche cellulare - tramite operatore o anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, o con strumenti, quali ad esempio, posta elettronica, fax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo, sistemi di messaggistica istantanea e applicazioni web, ed anche attraverso i soli dati di contatto forniti dall'interessato o eventualmente reperiti dai profili pubblici nei social network;

⁽¹⁰⁾ cfr Capitolo "Diritti dell'Interessato";

⁽¹¹⁾ vedi nota 9;

4. **se acconsentite, per finalità di profilazione effettuata dal Titolare, sia con l'intervento umano sia in modalità totalmente automatizzata, nonché per definire il profilo dell'interessato per formulare proposte adeguate rispetto alle sue necessità e caratteristiche, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto** ⁽¹²⁾. La profilazione avverrà con i dati forniti dall'interessato e/o mediante dati reperiti attraverso il profilo social. In questo caso, quindi, il trattamento per finalità di *marketing* del Titolare potrà essere effettuato anche utilizzando i dati dell'attività di profilazione, al fine di poter inviare comunicazioni di *marketing* personalizzate del Titolare.
5. **se acconsentite, per finalità di invio, effettuato dal Titolare, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto** ⁽¹³⁾, **di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche** ⁽¹⁴⁾ **per finalità di *marketing***;
Per lo svolgimento delle attività preliminari, strumentali e conseguenti ai trattamenti effettuati per tutte le suddette finalità, ci si potrà avvalere di soggetti di norma designati Responsabili e di altre società del Gruppo Cattolica;
6. **se acconsentite, per finalità di comunicazione dei dati a soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche** ⁽¹⁵⁾, **che li tratteranno per proprie finalità di *marketing*, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto** ⁽¹⁶⁾, ai fini, ad esempio, di invio di materiale pubblicitario; vendita diretta; compimento di ricerche di mercato; comunicazione commerciale; promozione commerciale.

MODALITA' DI TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati è eseguito con e/o senza l'ausilio di strumenti elettronici, ad opera di soggetti designati Responsabili ovvero impegnati alla riservatezza. I dati possono essere quindi conosciuti da parte delle altre società del Gruppo Cattolica che, facendo parte dello stesso Gruppo Imprenditoriale, hanno un interesse legittimo a trasmettere dati personali all'interno del Gruppo, e da parte di altri soggetti che svolgono attività preliminari, strumentali e conseguenti, quali a mero titolo di esempio, la postalizzazione. I dati sono conservati in archivi cartacei ed elettronici con assicurazione di adeguate misure di sicurezza.

COMUNICAZIONE, DIFFUSIONE E TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati possono essere comunicati per la gestione dei rapporti instaurati/instaurandi e per l'effettuazione di adempimenti, ad altri soggetti del settore assicurativo, quali ad esempio coassicuratori, riassicuratori, consulenti di settore, broker, intermediari, istituti di credito impegnati nel corretto e regolare perseguimento delle finalità descritte; periti, carrozzieri, medici fiduciari, consulenti tecnici e cliniche mediche, consulenti valutatori e legali; associazioni (es. ANIA) e consorzi del settore assicurativo, IVASS, COVIP e CONSAP, Agenzia delle Entrate e Autorità di Vigilanza e di Controllo, INPS e INAIL; altresì ad altri soggetti, quali ad esempio, quelli che svolgono attività di tutela legale, di revisione, di ricerche di mercato e di informazione commerciale, etc.. Ai soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, i dati possono essere comunicati per il perseguimento delle finalità di cui al punto 6, solo a seguito del conferimento degli appositi consensi facoltativi. I dati personali non sono soggetti a diffusione. I dati raccolti, nell'eventualità e sempre per le finalità assicurative/liquidative predette, possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche *extra* UE, a soggetti che collaborano con il Titolare e con le altre società del Gruppo Cattolica.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato potrà far valere i propri diritti, rivolgendosi al Titolare del trattamento e per esso al Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) del Gruppo Cattolica con sede in (37126) Verona, Lungadige Cangrande, 16, email dpo@cattolicaassicurazioni.it, come espressi dagli artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21 Reg. Ue (quali, ad esempio, quello di avere la conferma che sia in corso o meno un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni: finalità del trattamento, categorie di dati, destinatari degli stessi, quando possibile il periodo di conservazione o i criteri per determinarlo). Inoltre ottenere la rettifica, la cancellazione (oblio), la limitazione al trattamento o l'opporsi, in qualsiasi momento, al trattamento nonché le informazioni sull'origine dei dati se non raccolti presso l'interessato e dell'esistenza di un processo decisionale automatizzato o di attività di profilazione.

L'interessato inoltre ha il diritto alla portabilità dei dati, ai sensi dell'art. 20 del Reg.Ue, nonché di proporre un reclamo all'autorità di controllo. Quanto sopra vale anche per l'eventuale esercizio dei diritti nei confronti delle altre società del Gruppo Cattolica.

⁽¹²⁾ vedi nota 9;

⁽¹³⁾ vedi nota 9;

⁽¹⁴⁾ editoria, automotive, servizi finanziari, bancari ed assicurativi, grande distribuzione, socio-sanitario, information technology, telecomunicazioni, trasporti, energia;

⁽¹⁵⁾ vedi nota 14;

⁽¹⁶⁾ vedi nota 9;

TEMPI DI CONSERVAZIONE

I dati oggetto di trattamento sono conservati solo per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle attività/finalità sopra descritte nonché per adempiere ad obblighi contrattuali e normativi, legislativi e/o regolamentari fatti salvi i termini prescizionali e di legge nel rispetto dei diritti ed in ottemperanza degli obblighi conseguenti e dell'eventuale opposizione al trattamento esercitabile per le finalità di marketing e promozionali in qualsiasi momento. Pertanto, di norma, il termine di conservazione è di 10 anni dalla data dell'ultima registrazione o, se posteriore, dalla data di cessazione del contratto o di liquidazione definitiva del sinistro, superati i quali verranno cancellati o, se mantenuti per fini statistici, resi anonimi in modo irreversibile.

NATURA DEL CONFERIMENTO

Il conferimento è obbligatorio per i dati relativi alle finalità di cui al punto 1, necessari agli adempimenti contrattuali e normativi, e di cui ai punti 2 e 3; per gli altri dati il conferimento è facoltativo, ma in difetto il Titolare non potrà dar corso alle operazioni di trattamento descritte. Si precisa che:

- sono del tutto facoltativi i trattamenti per finalità di cui ai punti 4 ⁽¹⁷⁾, 5 e 6: il mancato conferimento non precluderà la conclusione del contratto assicurativo e dei servizi richiesti;
- per tali trattamenti facoltativi e quelli di cui ai punti 2 e 3, è possibile esercitare, anche in parte, in ogni momento e senza formalità, il diritto di opposizione, con le modalità esplicitate al Capitolo "Diritti dell'interessato", cui si rinvia;
- il mancato conferimento dei dati con riferimento a detti trattamenti facoltativi o il mancato consenso agli stessi ⁽¹⁸⁾, comportano solo l'impossibilità per il Titolare e per le altre società del Gruppo Cattolica, e per i soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, di svolgere le relative attività, ma non determinano alcuna conseguenza rispetto alle attività e trattamenti di natura assicurativa/liquidativa e ai rapporti giuridici in corso o in fase di costituzione;
- i consensi per i detti trattamenti facoltativi non vengono meno fino a formale revoca da parte dell'interessato.

Il Titolare r.l.p.t.

Aggiornata all'aprile 2018

⁽¹⁷⁾ così anche da poter inviare e predisporre comunicazioni di marketing personalizzate proprie del Titolare;

⁽¹⁸⁾ tanto degli interessati che, nelle sole ipotesi previste dal Titolo 10 del Codice Privacy e altre norme applicabili, degli altri soggetti diversi da persone fisiche cui si riferiscono i dati.

AREA CLIENTI

Pochi click per essere sempre aggiornato,
quando e dove vuoi.

Attiva subito il tuo account su **www.veraassicurazioni.it**

ed accedi alla tua **area personale** dove potrai trovare:



Le coperture assicurative in essere



Lo stato dei pagamenti e relative scadenze



Le condizioni contrattuali e i documenti di polizza



...e molto altro ancora

Vera Assicurazioni S.p.A.

Sede legale in Italia Via Carlo Ederte 45 37126 Verona Pec: veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it Capitale Sociale Euro 63.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019

Il prodotto viene distribuito da: Banco BPM S.p.A.