

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE A COPERTURA
DELLE SPESE SANITARIE**

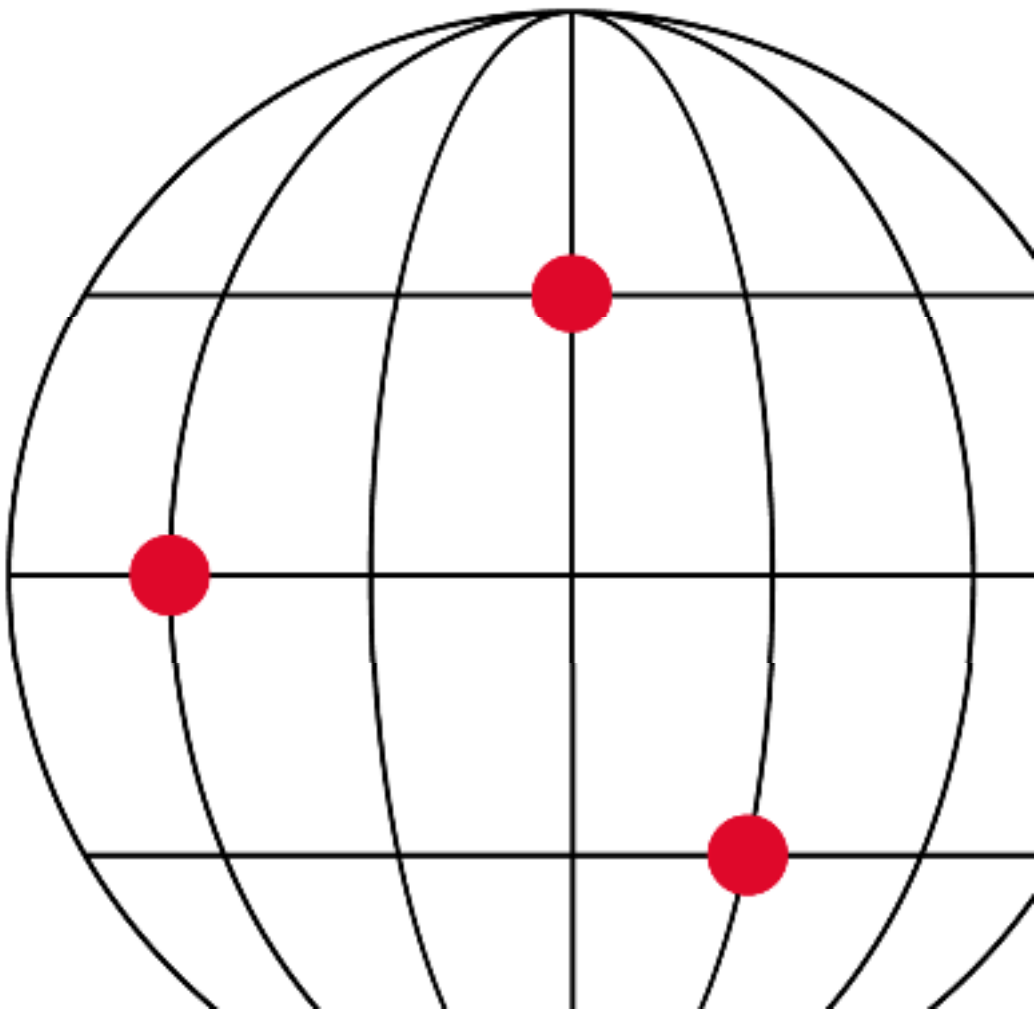
Assicurazione Spese Sanitarie

Il presente Set Informativo, formato dai seguenti documenti:

- *DIP*
- *DIP Aggiuntivo*
- *Condizioni di Assicurazione (comprensive del Glossario)*

viene consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

data ultimo aggiornamento: 06.2026



Assicurazione Spese Mediche



DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: SI Insurance (Europe), SA. Sede legale: Lussemburgo, Avenue Monterey 40, L-2163, Granducato del Lussemburgo - Capitale sociale Euro 30.006 i.v. - Sede Secondaria in Italia: Piazza Gae Aulenti 6, 20124 Milano - P.I. e C.F. 10376860960 - R.E.A. n. MI-2694493. Abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento con numero di iscrizione all'albo IVASS I.00150. Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in forza della legge Lussemburghese e soggetta al controllo del Commissariat aux Assurances.

Prodotto: Assicurazione Spese Sanitarie

Questo documento fornisce una sintesi delle principali caratteristiche della polizza. Informazioni precontrattuali e contrattuali complete sul prodotto assicurativo sono contenute in polizza.

Che tipo di assicurazione è?

È una polizza destinata alle aziende a favore dei propri dipendenti. Sono coperte le spese mediche che l'assicurato sostiene in conseguenza di infortuni o malattie. È possibile estendere la copertura anche ai componenti del nucleo familiare del dipendente.



Che cosa è assicurato?



Rimborso spese mediche a seguito di infortunio: spese di ricovero con o senza intervento chirurgico, day hospital, day surgery, intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale, ricovero per parto naturale o cesareo o aborto spontaneo/terapeutico (copertura sempre operante tranne se acquistata solo la garanzia "grandi interventi"). È possibile utilizzare strutture del Network convenzionato o fuori Network.

Sono coperte solo le spese per:

- prima del ricovero: visite specialistiche, accertamenti diagnostici, onorari medici, esami/analisi di laboratorio, spese di trasporto
- durante il ricovero: onorari del medico chirurgo, personale medico di supporto all'intervento, anestesista e ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento; assistenza medica/infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici/rieducativi, medicinali, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, esami/analisi di laboratorio; rette di degenza; rette per vitto e pernottamento per un accompagnatore; spese di ricovero del donatore per il prelievo/trasporto di organi se l'assicurato è ricevente, o per l'espianto di organi se l'assicurato è donatore vivente; spese di trasporto; per i neonati assicurati, spese per interventi, trattamenti terapeutici e visite specialistiche, rette di degenza, medicinali, esami/analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici per i primi 60 giorni di vita a seguito di malattia anche congenita e/o malformazioni, difetti fisici o da infortunio (fino a €25.000 per anno); spese per copia conforme cartella clinica (fino a €50)
- dopo il ricovero: spese di trasporto a casa; visite specialistiche, accertamenti diagnostici, onorari medici, esami ed analisi di laboratorio, prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, medicinali, trattamenti fisioterapici/rieducativi, cure termali; acquisto/noleggio di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori, materasso antidecubito, apparecchi protesici, protesi acustiche, apparecchiature fisioterapiche



Grandi interventi: spese per ricoveri ospedalieri correlati agli interventi chirurgici specificamente elencati nelle condizioni di assicurazione. È possibile utilizzare strutture del Network convenzionato o fuori Network.

Sono coperte solo le spese per:

- prima del ricovero: visite specialistiche, accertamenti diagnostici, onorari medici, esami/analisi di laboratorio, spese di trasporto



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Condizioni mediche pre-esistenti e complicanze di infortuni, malattie e stati patologici dichiarati nel questionario anamnestico o non dichiarate all'assicuratore o diagnosticati prima della stipula della polizza
- ✗ Malattie mentali
- ✗ Prestazioni sanitarie e cure per fecondazione assistita
- ✗ Aborto volontario non terapeutico
- ✗ Cura di intossicazioni per abuso di alcoolici o uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o di allucinogeni
- ✗ Infortuni causati dallo di ubriachezza o dall'effetto di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico
- ✗ Infortuni conseguenti ad azioni con volontà o finalità delittuose
- ✗ Prestazioni per lesioni auto-inflitte o tentato suicidio
- ✗ Infortuni da partecipazioni a gare professionistiche
- ✗ Prestazioni sanitarie, cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti
- ✗ Correzione miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia
- ✗ Prestazioni sanitarie, applicazioni, cure e interventi di carattere estetico a scopo non ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi per neoplasia maligna, a seguito di infortunio, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età
- ✗ Protesi dentarie, prestazioni e cure odontoiatriche ed ortodontiche
- ✗ Prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale, o non effettuate da medici o paramedici abilitati e medicina sperimentale
- ✗ Conseguenze di trasformazione/assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche



Ci sono limiti di copertura?



L'assicurazione non copre persone affette da alcolismo o tossicodipendenza; l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi



L'assicurazione non copre persone di età superiore a 80 anni; chi raggiunge tale limite durante il periodo

- durante il ricovero: onorari del medico chirurgo, personale medico di supporto all'intervento, anestesista e ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento; assistenza medica/infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici/rieducativi, medicinali, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, esami/analisi di laboratorio; rette di degenza; rette per vitto e pernottamento per un accompagnatore; spese di ricovero del donatore per il prelievo/trasporto di organi se l'assicurato è ricevente, o per l'espianto di organi se l'assicurato è donatore vivente; spese di trasporto; spese per copia conforme cartella clinica (fino a €50)
 - dopo il ricovero: spese di trasporto a casa; visite specialistiche, accertamenti diagnostici, onorari medici, esami/analisi di laboratorio, prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, medicinali, trattamenti fisioterapici/rieducativi, cure termali; acquisto/noleggiate di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori, materasso antidecubito, apparecchi protesici, protesi acustiche, apparecchiature fisioterapiche
- ✓ Indennità forfettaria: pagamento di un'indennità per ogni giorno di ricovero (se l'assicurato non ha chiesto il rimborso delle spese ed esse sono a carico del solo Servizio Sanitario Nazionale)

assicurativo, l'assicurazione cessa dalla prima scadenza annuale

- ! L'assicurazione non copre le conseguenze di malattie che sono l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipula della polizza, le malattie croniche e recidivanti, gli interventi e le cure per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipula della polizza (questa limitazione può essere eliminata con premio aggiuntivo)
- ! L'assicurazione può essere stipulata in forma integrativa rispetto alle prestazioni fornite dai fondi FASI, FASDAC, QUAS o fondi equivalenti di cui l'Assicurato è beneficiario; però, se l'adesione a uno di tali fondi avviene in un periodo successivo alla stipula della polizza, il Contraente deve richiedere all'Assicuratore l'approvazione preventiva di tale copertura integrativa



Dove vale la copertura?

- ✓ Mondo intero ad esclusione di Russia, Bielorussia, Ucraina e territori per i cui Ministero degli Esteri, l'OMS o qualsiasi autorità del paese da cui o verso il quale si viaggia abbia sconsigliato spostamenti o soggiorni



Che obblighi ho?

- Alla stipula della polizza, fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e riportare tutte le circostanze che possono influire sulla corretta valutazione del rischio da parte dell'assicuratore, nonché inviare il questionario sanitario richiesto dall'Assicuratore completo di tutte le informazioni richieste
- Pagare il premio senza ritardo prima della decorrenza del periodo assicurativo
- In caso di sinistro: entro 5 giorni accedere all'area riservata del portale web <https://somp.assirecgroup.com>. La Centrale Operativa fornita da Assirete Srl è accessibile al numero +390644077383 (dall'Italia e dall'Estero, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00) oppure al portale web <https://somp.assirecgroup.com>. In caso di ricovero o intervento in strutture del Network Assirete (salvo i casi di comprovata urgenza) la richiesta di presa in carico deve essere inserita con un preavviso di almeno 72 ore. Per tutte le altre garanzie per cui la polizza prevede la possibilità della forma diretta nel Network Assirete il preavviso deve essere di almeno 48 ore dalla prenotazione. Corredare sempre le denunce da documentazione medica.
- Comunicare all'Assicuratore eventuali altre assicurazioni per il rimborso delle spese mediche malattia stipulate in favore degli Assicurati, anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi Integrativi sanitari



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato tramite bonifico bancario direttamente all'assicuratore oppure per il tramite dell'intermediario assicurativo. Il pagamento deve essere effettuato una volta all'anno in un'unica soluzione prima dell'inizio del periodo assicurativo.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Se il premio è stato pagato, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza del periodo assicurativo per le coperture relative ad infortuni, dal 30° giorno dopo la decorrenza per le coperture relative a malattie, dal 90° giorno dopo la decorrenza per le coperture relative a stati patologici diagnosticati sottoposti ad accertamenti e/o curati prima della stipula della polizza, e dal 300° giorno dopo la decorrenza per le coperture relative al parto e malattie da puerperio. La copertura termina con la scadenza del periodo assicurativo.



Come posso disdire la polizza?

La polizza prevede il rinnovo tacito alla scadenza. Per impedire il rinnovo, è necessario spedire comunicazione scritta tramite raccomandata A/R o PEC entro i 30 giorni precedenti la data di scadenza. Inoltre la polizza prevede la possibilità di recesso in qualsiasi momento, esercitabile con un preavviso scritto di almeno 30 giorni (ma in caso di recesso della Contraente o dell'Associato alla Cassa di Assistenza, saranno dovuti all'Assicuratore le rate di premio scadute e l'intero premio relativo al periodo assicurativo in corso al momento del recesso).

Assicurazione Spese Mediche

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



Prodotto: Assicurazione Spese Sanitarie

Data dell'ultimo aggiornamento: 06/2026. Il presente documento è l'ultimo disponibile.

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

SI Insurance (Europe), SA è un'impresa di assicurazione di diritto lussemburghese facente parte del Gruppo Sompo International, la cui capogruppo è Sompo International Holding Ltd. (Bermuda). SI Insurance (Europe), SA ha sede legale nel Granducato di Lussemburgo in Avenue Monterey 40, L-2163 Lussemburgo (tel. +35227872606; sito internet: <https://www.sompo-intl.com>; e-mail: siie@legalmail.it, PEC: siie@legalmail.it), è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in forza della legge lussemburghese ed è soggetta alla vigilanza del Commissariat aux Assurances. SI Insurance (Europe), SA è autorizzata ad operare in Italia sia in regime di libera prestazione di servizi che in regime di stabilimento tramite la sede secondaria di Piazza Gae Aulenti 6, 20124 Milano (tel.+39028057150; sito internet: <https://www.sompo-intl.com/insurance-geography/continental-europe/italy>; email: info.italia@sompo-intl.com; PEC: siie@legalmail.it) ed è iscritta nell'elenco delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS rispettivamente al n° II.01541 e n° I.00150. Il contratto di assicurazione sarà concluso in regime di stabilimento tramite la sede secondaria italiana. Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio approvato al 31/12/2025, il patrimonio netto della società ammonta a €210.562.000, mentre il risultato economico registra una perdita di €49.066.000. Il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'impresa è pari al 153,8%. Per ulteriori informazioni consultare la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile al seguente link: <https://www.sompo-intl.com/about-us/enterprise-risk-management/>.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Estensioni di copertura sempre operanti:

- ✓ Spese per il rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero
- ✓ Infortuni in conseguenza dello scoppio inatteso di eventi bellici (massimo di 14 giorni)
- ✓ Infortuni all'estero derivanti da terremoti, inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche

Estensioni di copertura facoltative, operanti solo se specificamente concordate con l'assicuratore in fase di stipula della polizza, con eventuale pagamento di un premio aggiuntivo:

- ✓ Prestazioni specialistiche di alta diagnostica (prestazioni elencate nelle condizioni di assicurazione)
- ✓ Cure oncologiche (spese per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e chemioterapia, cobaltoterapia e terapie radianti, non in regime di ricovero o di day hospital)
- ✓ Cure ambulatoriali, visite e accertamenti (onorari medici, esclusi quelli per le visite pediatriche relative al controllo naturale della crescita, visite odontoiatriche ed ortodontiche; accertamenti diagnostici, esami/analisi di laboratorio; assistenza infermieristica domiciliare con il limite di Euro 45 al giorno; cure termali (escluse spese alberghiere); spese sostenute in gravidanza)
- ✓ Cure dentarie (spese delle cure odontoiatriche ed ortodontiche, comprese visite ed esami radiologici, estrazioni, acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche)
- ✓ Lenti e occhiali (costo delle lenti da vista acquistate in seguito a modifica del visus, comprese le lenti a contatto e le montature)
- ✓ Prevenzione (spese per esami diagnostici strumentali specificamente elencati nelle condizioni di assicurazione, se prescritti dal proprio medico curante)
- ✓ Protesi ortopediche e apparecchi acustici (spese per l'acquisto di protesi ortopediche, apparecchi acustici e presidi necessari a causa di una malattia o di un infortunio e il cui acquisto non sia conseguente o connesso ad un ricovero con/senza intervento chirurgico, degenza in day hospital o day surgery o ad un intervento chirurgico ambulatoriale)

- ✓ Cure dentarie derivanti da infortunio (spese per le cure odontoiatriche/ortodontiche, comprese le protesi, necessarie a seguito di un infortunio e non siano conseguenti o comunque prestate in occasione di un ricovero con/senza intervento, degenza in day hospital o day surgery o ad un intervento chirurgico ambulatoriale)

La Centrale Operativa viene fornita dalla società Assirete Srl. L'elenco delle strutture convenzionate e costituenti il Network è disponibile al sito <https://somp.assiretegroup.com>.

L'assicuratore indennizza il danno coperto dalla polizza fino ad un importo massimo concordato in fase di stipula della polizza (c.d. limite di indennizzo/massimale). Il limite di indennizzo rappresenta l'importo massimo pagabile dall'assicuratore.

Le estensioni di copertura vengono prestate entro specifici sottolimiti di indennizzo, concordati con l'assicuratore in fase di stipula della polizza. Il sottolimito è parte del limite di indennizzo/massimale e non in aggiunta.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

- ✗ Conseguenze di guerra (salvo quanto coperto dall'estensione "Rischio guerra")
- ✗ Conseguenze di terrorismo, tumulti popolari, atti violenti od aggressioni cui l'Assicurato abbia preso parte attiva
- ✗ Spese non direttamente inerenti la cura o l'Intervento (ad es: telefonate, televisione, bar, ristorante)
- ✗ Degenze dovute alla necessità dell'Assicurato permanentemente non più autosufficiente di avere assistenza per la vita quotidiana e ricoveri per lungodegenza, quando necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento
- ✗ Spese per prestazioni di routine e/o controllo, vaccini, prestazioni di medicina generale pediatrica di routine, prestazioni mediche per prevenzione di malattie
- ✗ Prestazioni senza indicazione della diagnosi
- ✗ Prestazioni non effettuate da istituti di cura o centri medici tranne quelle infermieristiche e fisioterapiche
- ✗ Disordini alimentari e relativa cura e interventi di chirurgia bariatrica (salvo casi di obesità di III grado)
- ✗ Lenti ed occhiali
- ✗ Ricoveri allo scopo di effettuare check up clinici
- ✗ Spese voluttuarie durante la degenza ospedaliera
- ✗ Spese di natura alberghiera inerenti a cure termali
- ✗ Acquisto/noleggio di occhiali o lenti a contatto



Ci sono limiti di copertura?

- ! Per alcune garanzie l'indennizzo è soggetto all'applicazione di franchigie specifiche, concordate in fase di stipula della polizza e indicate nella proposta formulata dall'assicuratore
- ! Le spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi nonché le cure termali verranno rimborsati solo in caso di ricovero con intervento, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale
- ! La garanzia "Indennità forfettaria" non opera per ricoveri in day hospital o day surgery
- ! I ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 20 giorni (120 giorni per le sole neoplasie) l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico o in conseguenza del medesimo infortunio, vengono considerati un unico sinistro
- ! L'assicurazione non fornisce copertura per infortuni, malattie, responsabilità, danni, costi o spese e l'Assicuratore non avrà alcun obbligo di effettuare pagamenti a qualsiasi Contraente, Assicurato o terza parte nella misura in cui tale copertura o pagamento derivi da o si riferisca, direttamente o indirettamente, ad attività nei territori esclusi
- ! L'assicuratore non opera in caso di sanzioni, divieti o restrizioni previsti dalle Nazioni Unite o da sanzioni economiche o commerciali o leggi o regolamenti dell'UE, Regno Unito o USA



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto si rivolge ad aziende interessate ad acquistare la copertura assicurativa delle spese mediche a favore dei propri dipendenti.



Quali costi devo sostenere?

Il premio include i costi di intermediazione percepiti dall'intermediario assicurativo che gestirà il contratto di assicurazione. Per questo prodotto la quota parte percepita in media dagli intermediari è del 21%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto tramite posta a: Responsabile Compliance, SI Insurance (Europe), SA, 40 Avenue Monterey, L-2163 Lussemburgo, Granducato di Lussemburgo, oppure tramite e-mail all'indirizzo: complaints@sompo-intl.com. Conferma della ricezione del reclamo verrà fornita per iscritto entro un termine non superiore a 10 giorni. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito entro 45 giorni di calendario dalla presentazione del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax: +39 06 42133 206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it. È inoltre possibile presentare il reclamo all'Autorità di vigilanza lussemburghese competente: Commissariat aux Assurances, 11 rue Robert Stumper, 2557 - L-2557 Lussemburgo, Granducato di Lussemburgo, fax: +352 22 69 11, e-mail: caa@caa.lu, sito web: www.caa.lu. Il modulo di reclamo è disponibile all'indirizzo www.caa.lu/uploads/documents/files/DRER_EN.pdf. In alternativa, se il reclamante è un consumatore, è possibile rivolgersi all'Ombudsman lussemburghese delle assicurazioni: Association des Compagnies d'Assurances (ACA), c/o Médiateur en Assurance, B.P. 448 - L-2014 Lussemburgo, Granducato di Lussemburgo, fax: +352 44 02 89, email: mediateur@aca.lu, sito web: https://www.aca.lu/
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo OPPURE diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità dei ricorsi, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra informazione utile oppure - al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione Assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- Attivando la procedura di Arbitrato prevista in Polizza: in caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio o della malattia, ad un collegio di tre medici al fine di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di assicurazione. Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti. - Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET presentando reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente (individuabile consultando il sito https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it).
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Per questa tipologia di rischio, il contratto è soggetto a oneri fiscali pari al 2,5% del premio imponibile. Se il premio è pagato dall'azienda per conto dei dipendenti, esso è considerato un costo deducibile dal reddito d'impresa, ai sensi della normativa fiscale applicabile. Nel caso in cui il premio sia pagato direttamente dai dipendenti, questo non è detraibile fiscalmente dal reddito personale, salvo disposizioni specifiche previste per determinate categorie di polizze. I rimborsi per spese mediche documentate sono esenti da tassazione perché non costituiscono reddito; tuttavia, eventuali indennizzi o somme percepite dall'assicurato che non siano direttamente correlate a spese mediche specifiche potrebbero essere soggette a tassazione secondo le disposizioni fiscali vigenti.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	

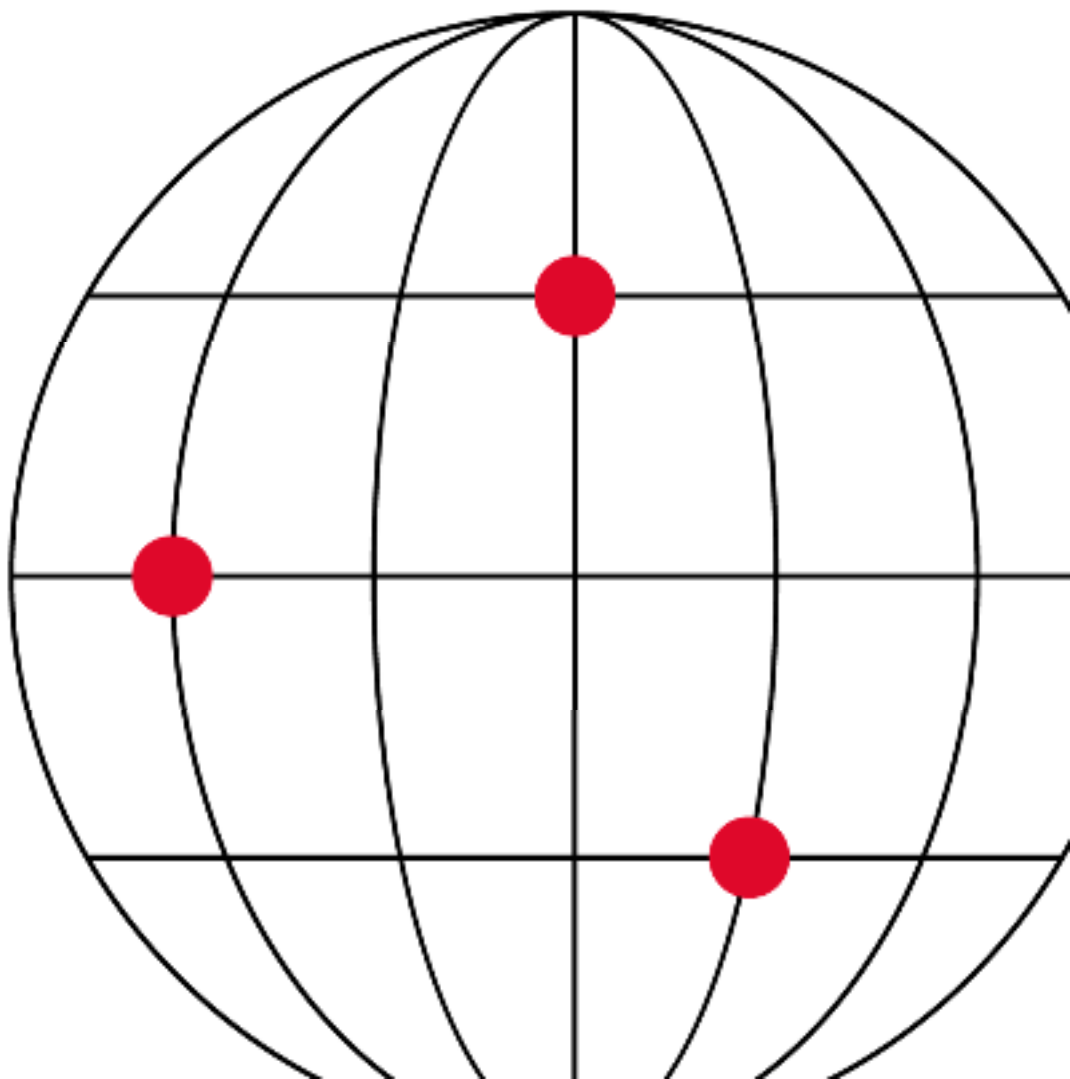
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire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

ASSICURAZIONE SPESE SANITARIE
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE A COPERTURA
DELLE SPESE SANITARIE

Condizioni di Assicurazione

MEDEX 0226 ITA (ITA)

SET INFORMATIVO 06.2026



ASSICURAZIONE SPESE SANITARIE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE A COPERTURA DELLE SPESE SANITARIE

MEDEX 0226 ITA (ITA)

Le presenti Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario, vengono consegnate al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Si precisa che il Glossario ha valore contrattuale. Esso contiene l'elenco dei termini riportati in maiuscolo nelle Condizioni di Assicurazione, con la specifica definizione attribuita a ciascuno di essi.

Ai sensi dell'art. 166, comma 2, D. Lgs. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private), alle condizioni contrattuali che indicano decadenze, nullità, limitazioni delle garanzie oppure oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato è data particolare evidenza con l'uso del grassetto.

Al termine del documento sono inoltre allegate le seguenti informazioni:

1. Informativa Trattamento Dati Personali: descrive le modalità con cui i dati personali dell'assicurato vengono trattati e protetti dalla compagnia.
2. Informativa Reclami: contiene le informazioni necessarie per presentare un reclamo nei confronti della compagnia, inclusi i recapiti e le procedure da seguire per attivare l'Arbitro Assicurativo.

SI Insurance (Europe), SA

A wholly owned subsidiary of Sompo International Holdings Ltd.

Rappresentanza Generale per l'Italia: Piazza Gae Aulenti, 6 – Piano 2, Palazzo E1 – 20124 Milano, Italia

sompo-intl.com

*R.I. Milano e P.IVA 10376860960 ● Rea no MI - 2694493, elenco IVASS delle sedi secondarie di imprese di assicurazione UE n I.00150 **Sede legale:** 40 Avenue Monterey, L-2163 Lussemburgo, Granducato del Lussemburgo ● N.iscrizione Registre du Commerce B 221096 Cap. Soc. €30.006 i.v., soggetta alla vigilanza del Commissariat aux Assurances*

INDICE

PAGINA

Sezione 1 - Definizioni	6
Sezione 2 - Oggetto Dell'assicurazione	13
Art. 1 - Oggetto Dell'assicurazione	13
Art. 2 - Assicurati	13
Art. 3 - Identificazione degli Assicurati	13
Sezione 3 - Prestazioni Assicurate E Relative Limitazioni	14
Art. 4 - Rimborso spese mediche a seguito di Ricovero	14
Art. 5 - Limitazioni relative alla copertura "Rimborso spese mediche" a seguito di Ricovero	15
Art. 6 - Grandi Interventi	16
Art. 7 - Limitazioni relative alla copertura "Grandi Interventi"	17
Art. 8 - Indennità Forfettaria	17
Sezione 4 - Estensioni Di Copertura Sempre Operanti	18
Art. 9 - Spese per il rimpatrio della salma	18
Art. 10 - Rischio guerra	18
Art. 11 - Eventi naturali all'estero	18
Sezione 5 - Estensioni Di Copertura Operanti Solo Se Espressamente Richiamate Nel Certificato	18
ESTENSIONE. A - Prestazioni Specialistiche di Alta Diagnostica	18
Art. 12 - Prestazioni Specialistiche di Alta Diagnostica	18
Art. 13 - Limitazioni relative all'Estensione A "Prestazioni Specialistiche di Alta Diagnostica"	19
ESTENSIONE B - Cure oncologiche	20
Art. 14 - Cure oncologiche	20
Art. 15 - Limitazioni relative all'Estensione B "Cure oncologiche"	20
ESTENSIONE C - Cure ambulatoriali, visite e accertamenti	21
Art. 16 - Cure ambulatoriali, visite e accertamenti	21
Art. 17 - Limitazioni relative all'Estensione C "Cure ambulatoriali, visite e accertamenti"	21
ESTENSIONE D - Cure dentarie	22
Art. 18 - Cure Dentarie	22
Art. 19 - Limitazioni relative all'Estensione D "Cure dentarie"	22
ESTENSIONE E - Lenti ed occhiali	23
Art. 20 - Lenti e occhiali	23
ESTENSIONE F - Prevenzione	23
Art. 21 - Prevenzione	23
ESTENSIONE G - Protesi Ortopediche ed Apparecchi acustici	24
Art. 22 - Protesi Ortopediche ed Apparecchi acustici	24
ESTENSIONE H - Cure dentarie derivanti da Infortunio	24

Art. 23 - Cure dentarie derivanti da Infortunio	24
ESTENSIONE I - Esonero questionari sanitari	25
Art. 24 - Esonero questionari sanitari	25
ESTENSIONE L - Ulteriori estensioni	25
Art. 25 - Ulteriori estensioni	25
ESTENSIONE M - Decorrenza immediata delle coperture	25
Art. 26 - Decorrenza immediata delle coperture	25
ESTENSIONE N - Assicurazione in forma integrativa	25
Art. 27 - Assicurazione in forma integrativa	25
Sezione 6 - Delimitazioni Ed Esclusioni Di Carattere Generale	26
Art. 28 - Esclusioni generali	26
Art. 29 - Persone non assicurabili - Limiti di età	28
Art. 30 - Inclusioni ed esclusioni	29
Art. 31 - Limiti territoriali	29
Art. 32 - Esclusione di Russia, Ucraina e Bielorussia	29
Sezione 7 - Denuncia Di Sinistro	30
Art. 33 - Denuncia del Sinistro e obblighi relativi	30
Art. 34 - Prova	30
Art. 35 - Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo	31
Art. 35.1 Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati del Network	31
Art. 35.2 Utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati del Network o corresponsione di diarie	31
Art. 35.3 Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	32
Art. 35.4 Richiesta dell'indennità Forfettaria	32
Art. 35.5 Ricoveri ravvicinati	33
Art. 36 - Liquidazione	33
Sezione 8 - Premio Di Assicurazione	33
Art. 37 - Pagamento del Premio - Decorrenza dell'Assicurazione e Periodo di Assicurazione	33
Art. 38 - Regolazione del Premio posticipata	34
Sezione 9 - Condizioni Generali	34
Art. 39 - Dichiarazioni inesatte o reticenti della Contraente e/o dell'Assicurato	34
Art. 40 - Variazione del Rischio – Diminuzione e Aggravamento del rischio	34
Art. 41 - Forma delle comunicazioni	35
Art. 42 - Clausola Intermediario	35
Art. 43 - Decorrenza del contratto	35
Art. 44 - Recesso dal contratto	35
Art. 45 - Durata e tacito rinnovo	36

Art. 46 - Oneri fiscali	36
Art. 47 - Assicurazione per conto altrui	36
Art. 48 - Rinvio alle norme di legge	36
Art. 49 - Rinuncia al diritto di surroga	36
Art. 50 - Assicurazioni presso diversi assicuratori	36
Art. 51 - Collegio Medico	37
Art. 52 - Foro competente	37
Art. 53 - Coassicurazione e Delega	37
Art. 54 - Modifica del contratto	38
Allegato 1 – ELENCO GRANDI INTERVENTI	39
Allegato 2 - Informativa Trattamento Dati Personali e Reclami	45

Sezione 1 – Definizioni

Ai seguenti termini riportati in Polizza ed eventuali appendici si attribuisce il significato qui indicato:

ASSICURATO:	Il soggetto rientrante nella categoria indicata nel Certificato di polizza (in relazione al Contraente o, in caso di stipula da parte della Cassa di Assistenza, in relazione all'Assicurato alla Cassa) indicato nella Polizza il cui interesse è protetto dall'Assicurazione stipulata dalla Contraente in conformità a quanto previsto dall'articolo 30 delle presenti condizioni di Assicurazione. Qualora la presente Assicurazione venga estesa ai Sinistri del Nucleo Familiare, così come indicato nel Certificato, la definizione di Assicurato comprenderà anche quella di Nucleo Familiare.
ASSICURATORE:	L'impresa di assicurazioni SI Insurance (Europe), SA, autorizzata all'esercizio dell'attività di assicuratore in Italia mediante la propria sede secondaria (Codice IVASS D951R), con la quale la Contraente stipula il contratto di assicurazione.
ASSICURAZIONE:	Il contratto di assicurazione stipulato tra l'Assicuratore e la Contraente.
ASSISTENZA INFERMIERISTICA:	L'assistenza terapeutica, palliativa, riabilitativa, educativa e preventiva rivolta all'individuo al fine di recuperare uno stato di salute ottimale prestata da personale specializzato, in possesso di specifica qualifica (diploma o laurea in infermieristica) ed autorizzato a tale mansione.
ASSOCIATO ALLA CASSA DI ASSISTENZA:	Il datore di lavoro che aderisce ad una cassa di assistenza al fine di offrire ad una o più categorie di personale dipendente prestazioni assistenziali per lui obbligatorie in forza di contratto aziendale, accordo collettivo o Regolamento Aziendale.
CARTELLA CLINICA:	Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto da un Medico durante la degenza, diurna o con pernottamento in un Istituto di Cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, interventi chirurgici eseguiti, terapie effettuate, esami e diario clinico e la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).
CASSA DI ASSISTENZA:	Associazione avente esclusivamente finalità assistenziale, di cui all'art. 51, comma 2, lettera a), del Decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche.
CENTRALE OPERATIVA:	Il complesso di responsabili, personale, sistemi informativi, attrezzature messo a disposizione dall'Assicuratore all'Assicurato tramite la società ASSIRETE SRL per la gestione delle prestazioni aventi natura di assistenza.
CENTRO MEDICO:	Struttura dotata di direzione sanitaria, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie

diagnostiche o terapeutiche (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi). Tale struttura può anche non essere adibita al Ricovero dei pazienti e non deve essere finalizzata a trattamenti di sola natura estetica.

CERTIFICATO:

Il documento allegato alla presente Polizza, rilasciato dall'Assicuratore, che attesta l'esistenza del contratto di Assicurazione. Il Certificato contiene i dati della Contraente, la categoria dei soggetti Assicurati, il Periodo di Assicurazione, il Massimale, il Premio ed eventuali dettagli di Polizza.

COLLEGIO MEDICO:

Organo collegiale composto da 3 medici chiamato a decidere in caso di divergenze tra Assicuratore e Assicurato sulla natura e sulle conseguenze di un Infortunio o di una Malattia nominato ai sensi della presente Polizza.

COMPAGNIA INCARICATA:

In un contesto di coassicurazione, si intende l'assicuratore a cui la Contraente ha conferito l'incarico di gestione del contratto assicurativo.

**COMPAGNIE
COASSICURATRICI:**

In un contesto di coassicurazione, si intende l'insieme delle imprese di assicurazione che hanno coperto il medesimo Rischio assicurativo.

**CONDIZIONE MEDICA
PREESISTENTE**

Qualsiasi condizione medica pregressa o attuale che abbia dato origine a sintomi o per la quale sia stata richiesta o ricevuta qualsiasi forma di trattamento o farmaco prescritto, diagnosi a seguito di consultazione medica o indagine nel periodo precedente alla sottoscrizione della Polizza. È fatto salvo l'esercizio del diritto all'Oblio Oncologico.

CONTRAENTE:

Il soggetto che stipula l'Assicurazione e si impegna a pagare il Premio. In caso di sottoscrizione della Polizza tramite Cassa di Assistenza, il Contraente si intenderà la Cassa di Assistenza stessa, mentre l'Assicurato sarà definito in relazione all'Associato alla Cassa di Assistenza.

DANNO:

Il pregiudizio subito dall'Assicurato in conseguenza di un Sinistro.

DAY HOSPITAL:

La degenza in Istituto di Cura senza pernottamento non comportante Intervento Chirurgico, con redazione di Cartella Clinica completa di Scheda di dimissione ospedaliera S.D.O. Non è considerato Day Hospital la permanenza presso il Pronto Soccorso di un Istituto di Cura.

DAY SURGERY:

La degenza in Istituto di Cura senza pernottamento e comportante Intervento Chirurgico Ambulatoriale, con redazione di Cartella Clinica completa di Scheda di dimissione ospedaliera S.D.O. Non è considerato Day Surgery la permanenza presso il Pronto Soccorso di un Istituto di Cura.

DATA DEL SINISTRO:	La data in cui si è verificato l'evento assicurato; per le prestazioni extra-Ricovero, la Data del Sinistro coincide con la data della prima prestazione sanitaria erogata.
DENUNCIA DEL SINISTRO:	Comunicazione che l'Assicurato e/o la Contraente deve dare all'Assicuratore secondo le modalità previste dalla Polizza a seguito di un Sinistro.
DICHIARAZIONI PRECONTRATTUALI:	Informazioni relative al rischio fornite dalla Contraente/Assicurato prima della stipulazione del contratto di Assicurazione, sulle base delle quali l'Assicuratore effettua la valutazione del rischio e stabilisce le condizioni di Assicurazione. L'inesattezza delle dichiarazioni o la reticenza da parte della Contraente/Assicurato può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c. È fatto salvo l'esercizio del diritto all'Oblio Oncologico.
DIFETTI FISICI:	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
DISDETTA:	La comunicazione che la Contraente o l'Assicuratore deve inviare all'altra, entro i termini previsti dalle condizioni di Assicurazione, per manifestare la propria volontà di non rinnovare tacitamente l'Assicurazione alla sua scadenza.
ESCLUSIONI:	Rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dall'Assicuratore, elencati in apposite clausole del contratto di Assicurazione e contraddistinte da caratteri di particolare evidenza (solitamente in grassetto) all'interno delle condizioni di Assicurazione ai sensi dell'art. 166 del Codice delle Assicurazioni Private.
FRANCHIGIA/SCOPERTO:	Clausola contrattuale che limita la copertura prestata dall'Assicuratore sul piano quantitativo espressa in cifra fissa, che rimane a carico dell'Assicurato.
FRATTURA OSSEA:	Rottura di un osso in genere conseguente a una causa lesiva che abbia agito più o meno intensamente sul punto della frattura (diretta) o a distanza (indiretta); Sono parificate alle fratture ossee le fratture ossee incomplete (incrinature o infrazioni) e le rotture dei legamenti crociati del ginocchio.
GRANDE INTERVENTO:	L'intervento terapeutico mediante uso di strumenti chirurgici, rientrante nell'Elenco dei grandi interventi chirurgici di cui all'Allegato 1 della Polizza.
INDENNITA' FORFETTARIA:	Importo giornaliero erogato dall'Assicuratore in caso di Ricovero o Day Hospital/Day Surgery a condizione che l'Assicurato non abbia richiesto

il Rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il Ricovero o il Day Hospital/Day Surgery stesso.

INDENNIZZO O RIMBORSO:	La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di Sinistro ai sensi delle condizioni di Assicurazione.
INFORTUNIO:	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna all'Assicurato, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili da un Medico.
INGESSATURA:	Mezzo di contenzione rigido, inamovibile da parte del paziente, tendente alla immobilizzazione di una parte del corpo applicato e/o rimosso da personale medico.
INTERMEDIARIO:	La persona fisica o l'Assicuratore, iscritta nel registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del Codice delle Assicurazioni Private, che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa o riassicurativa ed il cui nominativo è riportato nel Certificato.
INTERVENTO:	Intervento Chirurgico o Intervento Chirurgico Ambulatoriale.
INTERVENTO CHIRURGICO:	Ogni intervento terapeutico o diagnostico mediante l'uso di strumenti chirurgici, diatermocoagulazione, tecnica laser o criotecnica eseguiti con Ricovero. Si precisa che le biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate Intervento Chirurgico.
INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE:	Ogni intervento di piccola chirurgia eseguito senza Ricovero presso ambulatori o studi medici chirurgici.
ISTITUTO DI CURA:	Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con l'esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
MALATTIA:	Ogni obiettiva alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio, accertato da un'autorità medica qualificata.
MALATTIA MENTALE:	Le prestazioni sanitarie e le cure relative a psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia e tutti i disturbi mentali, ivi compresi quelli comportamentali, riconosciuti dal DSM IV (manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali).

MALFORMAZIONE O DIFETTO FISICO:

Menomazione clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

MANIFESTAZIONE:

Sintomatologia oggettiva della Malattia così come diagnosticato da un Medico.

MASSIMALE:

La somma massima indicata nel Certificato rimborsabile dall'Assicuratore per ogni Sinistro e per Periodo di Assicurazione. Qualora non diversamente indicato in Polizza, il Massimale si intende applicato per Nucleo Familiare.

MEDICINA ALTERNATIVA O COMPLEMENTARE:

Le pratiche mediche “non convenzionali” definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri (quali a titolo esemplificativo e non esaustivo: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia e chiropratica)..

MEDICO:

Un medico legalmente abilitato alla professione e riconosciuto dalla legge del paese in cui viene erogato il trattamento medico, che esercita la professione nell'ambito della sua abilitazione e della sua formazione. Il Medico non deve essere legato all'Assicurato da rapporti di lavoro, parentela o affinità.

NETWORK:

La rete di strutture convenzionate con l'Assicuratore costituita da Istituti di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori e professionisti Medici, che provvedono all'erogazione delle prestazioni applicando tariffe convenzionate. L'elenco delle strutture è disponibile al sito <https://sompo.assirecregroup.com>.

NUCLEO FAMILIARE:

Il coniuge o convivente more uxorio, i figli indicati nello stato di famiglia dell'Assicurato ovvero, in caso non siano indicati nello stato di famiglia, i figli fiscalmente a carico dell'Assicurato. Si intende ricompreso all'interno del Nucleo Familiare anche il partner che si è unito civilmente all'Assicurato così come risultante dallo stato di famiglia (se disponibile) oppure dal certificato di stato civile.

OBLIO ONCOLOGICO

È il diritto (riconosciuto dalla Legge n. 193 del 7 dicembre 2023) di non fornire informazioni riguardo a malattie oncologiche da cui si è guariti, purché non ci siano stati episodi di recidiva da più di 10 anni (o 5, per patologie diagnosticate prima dei 21 anni, o in base al diverso termine inferiore stabilito per particolari tumori dal decreto emesso ai sensi dell'art. 5 della Legge).

PARTI:

Si intendono le Parti del presente contratto di Assicurazione ossia, da una parte, la Contraente e, dall'altra parte, l'Assicuratore.

PERIODO DI ASSICURAZIONE:	Il periodo di tempo pari ad un anno compreso tra la data di efficacia e la scadenza della Polizza, per il quale opera la copertura assicurativa, a condizione che sia stato pagato il Premio corrispondente.
PERIODO DI CARENZA:	Il periodo che può intercorrere tra il momento della stipulazione di un contratto di Assicurazione e quello di decorrenza ed efficacia delle coperture offerte dall'Assicuratore.
POLIZZA:	Documento che prova il contratto di assicurazione stipulato dalla Contraente, costituito dal Certificato e dalle condizioni contrattuali di Assicurazione.
PRONTO SOCCORSO:	Un'unità operativa dell'Istituto di Cura dedicata ai casi di emergenza e con spazi dedicati alla breve osservazione. Qui vengono prestate le prime cure in tutti i casi di urgenza ed emergenza.
PREMIO:	Somma di denaro, indicata nel Certificato, dovuta dalla Contraente all'Assicuratore quale corrispettivo dell'assunzione del Rischio.
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DI ALTA DIAGNOSTICA:	Le prestazioni indicate nella Sezione 5, ESTENSIONE A delle presenti condizioni di Assicurazione.
QUESTIONARIO ANAMNESTICO:	Detto anche questionario sanitario. Il documento che l'Assicuratore può chiedere alla Contraente/Assicurato di compilare prima della stipulazione di un'assicurazione contro i danni alla persona o di un'assicurazione sulla vita. Esso descrive lo stato di salute dell'Assicurato. Il questionario debitamente compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la potestà e che costituisce parte integrante della Polizza. L'inesattezza delle dichiarazioni o la reticenza da parte della Contraente/Assicurato può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 c.c. È fatto salvo l'esercizio del diritto all'Oblio Oncologico.
RICOVERO:	La degenza, comportante almeno un pernottamento, in un Istituto di Cura, documentato da una Cartella Clinica e da una S.D.O. (Scheda di Dimissione Ospedaliera).
RICOVERO IMPROPRIO:	La degenza, con o senza pernottamento, in un Istituto di Cura che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non venga praticata alcuna terapia riconducibile al quadro clinico stesso e/o vengano eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale.
RISCHIO:	La probabilità che si verifichi un determinato evento da cui può scaturire un Sinistro.

SCOPERTO:	Clausola contrattuale che limita, sul piano quantitativo ed espressa in cifra percentuale, la copertura prestata dall'Assicuratore e che rimane a carico dell'Assicurato.
SINISTRO:	L'evento dannoso coperto dall'Assicurazione.
TERRITORIO ITALIANO:	Il territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.
TERRITORI ESCLUSI:	Russia, Ucraina o Bielorussia, o qualsiasi regione o territorio in cui tali paesi estendono o affermano la propria giurisdizione.
TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIEDUCATIVI:	Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguite da un Medico o da professionista con laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia voltesi ed effettuate e fatturate esclusivamente da Istituti di Cura, Centri Medici e Medici specialisti regolarmente iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Tali prestazioni sono altresì volte a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati dell'Assicurato colpiti da Malattia o Infortunio ed indennizzabili secondo i termini di Polizza. Non sono considerati Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica. Ogni ciclo di Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi deve essere prescritto all'Assicurato da Medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.
VISITA SPECIALISTICA:	La visita effettuata da un Medico fornito di specializzazione per diagnosi e/o prescrizioni di terapie per cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti la Medicina Alternativa o Complementare. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in medicina generale e pediatria.
SURROGAZIONE (DIRITTO DI):	Diritto dell'Assicuratore che ha pagato un Indennizzo/Rimborso al proprio Assicurato di rivalersi nei confronti dei terzi responsabili del danno causato all'Assicurato fino a concorrenza dell'importo pagato.

Sezione 2 - Oggetto Dell'assicurazione

Art. 1 - Oggetto Dell'assicurazione

L'Assicurazione garantisce - nei limiti di quanto previsto dalla presenti condizioni di Assicurazione - assicurando il rimborso delle spese sanitarie sostenute dall'Assicurato nel Periodo di Assicurazione per tutti gli Infortuni e le Malattie subite dall'Assicurato nel corso del Periodo di Assicurazione (qualunque sia il loro numero).

Art. 2 - Assicurati

L'Assicurazione è prestata in favore dei dipendenti della Contraente (o, qualora la polizza sia stipulata da una Cassa di Assistenza, in favore dei dipendenti dell'Associato alla Cassa di Assistenza), sempreché venga assicurata la totalità dei dipendenti appartenenti ad una determinata categoria e a condizione che tali dipendenti siano regolarmente residenti in Italia.

Qualora indicato nel Certificato, l'Assicurazione si intenderà estesa al Nucleo Familiare.

Qualora la Polizza preveda la copertura dell'Intero Nucleo Familiare, l'Assicuratore rimborsa anche le prestazioni mediche a beneficio dei figli dell'Assicurato nati nel Periodo di Assicurazione entro i Massimali per Nucleo Familiare indicati nel Certificato.

Qualora la Polizza non preveda la copertura dell'intero Nucleo Familiare, i figli dell'Assicurato nati nel corso del Periodo di Assicurazione non sono assicurati.

Qualora non trovi applicazione l'estensione delle coperture al Nucleo Familiare, i figli naturali nati dall'Assicurato single (per single si intende il soggetto che non abbia contratto matrimonio ovvero un rapporto riconosciuto dalla legge, "unione civile" o "convivente more uxorio") durante il Periodo di Assicurazione potranno divenire Assicurati ai sensi della presente Assicurazione ed entro i rispettivi limiti previsti per il medesimo dipendente Assicurato, dietro corresponsione di una differenza di Premio legata al costo dell'estensione dell'Assicurazione al Nucleo Familiare dell'Assicurato, purché la copertura sia estendibile al Nucleo Familiare.

Art. 3 - Identificazione degli Assicurati

La Contraente e/o l'Associato alla Cassa di Assistenza forniranno entro la data di decorrenza della Polizza, tramite il metodo di comunicazione informatico concordato, l'elenco nominativo del personale dipendente e del relativo Nucleo Familiare che potrà beneficiare delle prestazioni di cui alla presente Polizza.

Sezione 3 - Prestazioni Assicurate E Relative Limitazioni

Art. 4 - Rimborso spese mediche a seguito di Ricovero

La presente copertura opera per le spese sostenute nel caso in cui l'Infortunio o la Malattia causino un Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico o Intervento Chirurgico Ambulatoriale, Ricovero a seguito di parto naturale o parto cesareo ed aborto spontaneo o terapeutico.

La presente copertura è sempre operante ad esclusione del caso in cui sia sottoscritta la sola garanzia "Grandi Interventi". La copertura di cui al presente articolo comprende anche le prestazioni relative a Ricoveri ospedalieri correlati ai Grandi Interventi.

La copertura opera esclusivamente per le seguenti voci di spesa:

(i) prima del Ricovero con/senza Intervento, Day Hospital /Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale

- a) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, di cui l'Assicurato ha beneficiato nei giorni precedenti l'inizio del Ricovero, Day Hospital/Day Surgery o Intervento (entro i limiti indicati nel Certificato) purché inerenti la Malattia o l'Infortunio che hanno determinato il successivo Ricovero o Intervento;
- b) trasporto dell'Assicurato (entro i limiti indicati nel Certificato) con mezzo sanitariamente attrezzato ed idoneo secondo la gravità del caso per il tragitto dal luogo in cui l'evento dannoso si è verificato fino al Pronto Soccorso o all'Istituto di Cura in caso di Ricovero;

(ii) durante il Ricovero con/senza Intervento, Day Hospital /Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale

- a) onorari del Medico chirurgo, personale medico di supporto all'Intervento, anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'Intervento);
- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio;
- c) rette di degenza (entro i limiti indicati nel Certificato) - non sono ricomprese le spese voluttuarie;
- d) rette per vitto e pernottamento nell'Istituto di Cura, o in struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, sostenute da un solo accompagnatore dell'Assicurato (entro i limiti indicati nel Certificato)
- e) prestazioni di al presente paragrafo (ii) relative al Ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;
- f) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;

- g) solo per i neonati nel caso in cui l'Assicurazione sia estesa al Nucleo Familiare così come indicato nel Certificato: sono coperte le spese relative a Interventi, trattamenti terapeutici e Visite Specialistiche, rette di degenza, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici, praticati in regime di Ricovero nei confronti di neonati, a condizione che questi siano nati da parto indennizzabile secondo le presenti condizioni di Assicurazione, e che le spese siano dovute per quanto prestato nei primi 60 giorni di vita e si siano rese necessarie a seguito di Malattia anche congenita e/o malformazioni, difetti fisici o da Infortunio fino a concorrenza del Massimale pari ad Euro 25.000,00 euro per Periodo di Assicurazione.
- h) Spese per copia conforme all'originale della Cartella Clinica, con applicazione del Massimale di Euro 50.

(iii) dopo il Ricovero con/senza Intervento, Day Hospital /Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale:

- a) trasporto dell'Assicurato (entro i limiti indicati nel Certificato) con mezzo sanitariamente attrezzato ed idoneo secondo la gravità del caso per il rientro al domicilio al momento della dimissione;
- b) visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, medicinali, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei giorni successivi (entro i limiti riportati nel Certificato) alla cessazione del Ricovero con/senza Intervento Chirurgico, Day Hospital /Day Surgery o dell'Intervento Chirurgico Ambulatoriale purché inerenti la Malattia o l'Infortunio che hanno determinato il Ricovero o Intervento. I Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi nonché le cure termali verranno rimborsati solo in caso di Ricovero con Intervento, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- c) acquisto o noleggio di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori, materasso antidecubito, apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, esclusi occhiali e lenti a contatto), apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da Medico Specialista a condizione che siano effettuati durante il Periodo di Assicurazione e nei giorni successivi (entro i limiti riportati nel Certificato) alla cessazione del Ricovero con/senza Intervento Chirurgico, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale, purché inerenti la Malattia o l'Infortunio che hanno determinato il Ricovero o l'Intervento.

Art. 5 - Limitazioni relative alla copertura “Rimborso spese mediche” a seguito di Ricovero

- a) **La copertura “Rimborso spese mediche” si intende prestata fino alla concorrenza del Massimale indicato nel Certificato, intendendosi tale Massimale in aggregato per Periodo di Assicurazione e per Nucleo Familiare indipendentemente dal numero di Infortuni e Malattie.**
- b) **Sono previsti sottolimiti per specifiche coperture:**
 - i) **parto senza taglio cesareo (compreso quello fisiologico avvenuto a domicilio);**
 - ii) **parto con taglio cesareo e aborto terapeutico;**
 - iii) **chirurgia refrattiva: la copertura è estesa all'Intervento Chirurgico per miopia, astigmatismo e ipermetropia - trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitario attrezzato.**
- c) **Franchigia/Scoperto per Ricoveri:**

- i) nel caso in cui le prestazioni per Ricoveri/Day Hospital (con o senza Intervento Chirurgico) fossero effettuate attraverso il Network (secondo le modalità di cui all'art. 33 "denuncia del sinistro ed obblighi relativi" e art. 35.1 "criteri di liquidazione" e dunque previa autorizzazione della Centrale Operativa), l'Assicuratore applicherà una Franchigia/Scoperto per ogni Sinistro così come indicato nel Certificato;
- ii) nel caso in cui le prestazioni per i Ricoveri/Day Hospital (con o senza Intervento Chirurgico) fossero effettuate al di fuori del Network (art. 33 "denuncia del sinistro ed obblighi relativi" e art. 35.2 "criteri di liquidazione" e dunque previa autorizzazione della Centrale Operativa), l'Assicuratore applicherà al rimborso una Franchigia/Scoperto per ogni Sinistro così come indicato nel Certificato.

Art. 6 - Grandi Interventi

La presente copertura è sempre operante.

Qualora la copertura scelta preveda prestazioni relative a ricoveri ospedalieri correlati ai soli "Grandi Interventi", dette prestazioni si intendono operanti (nei limiti indicati nel Certificato) esclusivamente in occasione degli interventi chirurgici indicati nell'"Allegato 1 - elenco grandi interventi chirurgici".

La copertura opera per le seguenti voci di spesa:

(i) prima del Ricovero:

- a) Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, effettuati nei giorni precedenti l'inizio del Ricovero (entro i limiti indicati nel Certificato) purché connessi al Grande Intervento;
- b) trasporto dell'Assicurato (entro i limiti indicati nel Certificato) con mezzo sanitariamente attrezzato ed idoneo secondo la gravità del caso per il tragitto fino all'Istituto di Cura;

(ii) durante il Ricovero:

- a) onorari del Medico chirurgo, personale medico di supporto al Grande Intervento, anestesista e di ogni altro soggetto partecipante al Grande Intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante il Grande Intervento);
- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio;
- c) rette di degenza con applicazione del Massimale indicato nel Certificato (non sono ricomprese le spese voluttuarie);
- d) rette per vitto e pernottamento nell'Istituto di Cura, o in struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, sostenute da un solo accompagnatore (entro i limiti indicati nel Certificato)
- e) prestazioni di cui al presente paragrafo (ii) relative al Ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;

- f) trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo secondo la gravità del caso, per il trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro;
- g) Spese per copia conforme all'originale della Cartella Clinica, con applicazione del Massimale di Euro 50.

(iii) dopo il Ricovero:

- a) trasporto dell'Assicurato (entro i limiti indicati nel Certificato) con mezzo sanitariamente attrezzato ed idoneo secondo la gravità del caso per il rientro al domicilio al momento della dimissione;
- b) Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), esami ed analisi di laboratorio, prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, medicinali, trattamenti fisioterapici o rieducativi (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei giorni successivi (entro i limiti riportati nel Certificato) alla cessazione del Ricovero purché inerenti il Grande Intervento che ha determinato il Ricovero;
- c) acquisto o noleggio di stampelle, carrozzine, corsetti, tutori e materasso antidecubito; di apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, esclusi occhiali e lenti a contatto); di apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista, (entro i limiti indicati nel Certificato) effettuati durante il Periodo di Assicurazione e nei giorni successivi (entro i limiti riportati nel Certificato) alla cessazione del Ricovero purché inerenti il Grande Intervento che ha determinato il Ricovero.

Art. 7 - Limitazioni relative alla copertura “Grandi Interventi”

Franchigia/Scoperto per Grandi Interventi:

- a) nel caso in cui le prestazioni per i Ricoveri siano effettuate attraverso il Network (con le modalità di cui agli art. 33 “denuncia del sinistro ed obblighi relativi” e art. 35.1 “criteri di liquidazione” e dunque previa autorizzazione della Centrale Operativa), l'Assicuratore applicherà una Franchigia/Scoperto per ogni Sinistro così come indicato nel Certificato;
- b) nel caso in cui le prestazioni per i Ricoveri siano effettuate al di fuori del Network (con le modalità di cui all'art. 33 “denuncia del sinistro ed obblighi relativi” e art. 35.2 “criteri di liquidazione” e dunque previa autorizzazione della Centrale Operativa), l'Assicuratore applicherà una Franchigia/Scoperto per ogni Sinistro così come indicato nel Certificato.

Art. 8 - Indennità Forfettaria

L'Assicuratore corrisponde un'indennità a titolo di rimborso forfettario delle spese, così come indicato nel Certificato per ogni giorno di Ricovero in un Istituto di Cura, nel limite di giorni massimo indicato nel Certificato per Assicurato e per Periodo di Assicurazione, a condizione che: a) l'Assicurato non abbia richiesto il Rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il Ricovero o il Day Hospital/Day Surgery e b) le spese rimborsabili ai sensi dell'Art. 4, paragrafo (ii) “durante il Ricovero con/senza Intervento Chirurgico, Day Hospital /Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale” ovvero ai sensi dell'Art. 6, paragrafo (ii) “durante il Ricovero” siano a carico del solo Servizio Sanitario Nazionale.

La degenza in Day Hospital e Day Surgery non è soggetta alla presente indennità.

Il primo e l'ultimo giorno di degenza sono considerati cumulativamente una sola giornata. In caso di parto viene corrisposta un'unica Indennità Forfettaria per ogni giorno di ricovero della sola madre, indipendentemente dal Ricovero di uno o più neonati (il cui Ricovero non comporterà quindi il pagamento da parte dell'Assicuratore di alcuna Indennità Forfettaria).

L'Indennità Forfettaria non è soggetta all'applicazione di alcuna Franchigia.

Sezione 4 - Estensioni Di Copertura Sempre Operanti

Art. 9 - Spese per il rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero l'Assicuratore corrisponderà l'importo convenuto in caso morte ed indicato nel Certificato, intendendo tale Massimale in aggregato per ciascun Periodo di Assicurazione e per ciascun Assicurato e/o per ciascun Nucleo Familiare.

Art. 10 - Rischio guerra

A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo "Delimitazioni ed esclusioni di carattere generale", la copertura assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli Infortuni subiti dall'Assicurato in conseguenza dello scoppio inatteso di eventi bellici, a condizione che la guerra sia iniziata nel termine massimo di 14 giorni prima dell'Infortunio (ferma restando in ogni caso l'esclusione relativa ai Territori Esclusi).

Art. 11 - Eventi naturali all'estero

A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo "Delimitazioni ed esclusioni di carattere generale", la copertura assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli Infortuni derivanti da terremoti, inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche. Sono comunque esclusi dalla copertura gli Infortuni derivanti dalle predette cause che colpiscano l'Assicurato nel Territorio italiano.

Sezione 5 - Estensioni Di Copertura Operanti Solo Se Espressamente Richiamate Nel Certificato

Le seguenti estensioni di copertura si intendono operanti solo se espressamente richiamate nel Certificato.

ESTENSIONE. A - Prestazioni Specialistiche di Alta Diagnostica

Art. 12 - Prestazioni Specialistiche di Alta Diagnostica

(Valida solo se espressamente richiamata nel Certificato)

L'Assicuratore rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per le seguenti prestazioni qualora le stesse siano necessarie in conseguenza di Malattia o Infortunio:

- a) amniocentesi o villocentesi

- b) angiografia
- c) arteriografia
- d) cistografia
- e) coronarografia
- f) dialisi
- g) doppler ed ecodoppler
- h) ecografia
- i) elettrocardiografia
- j) elettroencefalografia
- k) ecg anche secondo holter
- l) endoscopia
- m) holter
- n) laserterapia antalgica
- o) moc
- p) pet cerebrale
- q) radionefrogramma
- r) risonanza magnetica nucleare
- s) scintigrafia
- t) tac
- u) telecuore
- v) urografia
- w) terapie ambulatoriali rese necessarie da neoplasie

Art. 13 - Limitazioni relative all'Estensione A "Prestazioni Specialistiche di Alta Diagnostica"

Massimale applicato alle prestazioni di cui all'Estensione A "Prestazioni Specialistiche di Alta Diagnostica":

la copertura si intende prestata fino alla concorrenza del Massimale indicato nel Certificato intendendosi tale somma in aggregato per ciascun Periodo di Assicurazione e per ciascun Nucleo Familiare.

Franchigia/Scoperto applicabile all'Estensione Prestazioni Specialistiche di Alta Diagnostica:

- a) nel caso in cui le Prestazioni Specialistiche di Alta Diagnostica siano effettuate attraverso il Network (con le modalità di cui all'art. 33 "denuncia del sinistro ed obblighi relativi" e art. 35.1 "criteri di liquidazione" e dunque previa autorizzazione della Centrale Operativa), l'Assicuratore applicherà una Franchigia/Scoperto per ogni Sinistro e così come indicato nel Certificato;
- b) nel caso in cui le Prestazioni Specialistiche di Alta Diagnostica siano effettuate al di fuori del Network (con le modalità di cui all'art. 33 "denuncia del sinistro ed obblighi relativi" e art. 35.2 "criteri di liquidazione" e dunque previa autorizzazione della Centrale Operativa), l'Assicuratore applicherà una Franchigia/Scoperto per ogni Sinistro così come indicato nel Certificato.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicuratore rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

ESTENSIONE B - Cure oncologiche

Art. 14 - Cure oncologiche

(Valida solo se espressamente richiamata nel Certificato)

Nei casi di malattie neoplastiche, l'Assicuratore rimborsa le spese sostenute e documentate dall'Assicurato relative a Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici e chemioterapia, cobaltoterapia e terapie radianti, non in regime di Ricovero o di Day Hospital, sino alla concorrenza del Massimale indicato nel Certificato intendendosi tale somma quale Massimale in aggregato per ciascun Periodo di Assicurazione e per ciascun Nucleo Familiare.

Ad esaurimento del massimale relativo alla presente estensione indicato nel Certificato, l'Assicurato potrà beneficiare delle coperture di cui alle Estensioni A, C, D, E e dei relativi Massimali in caso le stesse siano indicate nel Certificato.

Art. 15 - Limitazioni relative all'Estensione B "Cure oncologiche"

Franchigia/Scoperto applicabile alla copertura "Cure oncologiche":

- a) nel caso in cui le cure oncologiche siano effettuate attraverso il Network (con le modalità di cui all'art. 33 "denuncia del sinistro ed obblighi relativi" e art. 35.1 "criteri di liquidazione", e dunque previa autorizzazione della Centrale Operativa), l'Assicuratore applicherà una Franchigia/Scoperto per ogni Sinistro così come indicato nel Certificato;
- b) nel caso in cui le cure oncologiche siano effettuate al di fuori del Network (con le modalità di cui all'art. 33 "denuncia del sinistro ed obblighi relativi" e art. 35.2 "criteri di liquidazione" e dunque previa autorizzazione della Centrale Operativa) l'Assicuratore applicherà una Franchigia/Scoperto per ogni Sinistro così come indicato nel Certificato.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicuratore rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

ESTENSIONE C - Cure ambulatoriali, visite e accertamenti

Art. 16 - Cure ambulatoriali, visite e accertamenti

(Valida solo se espressamente richiamata nel Certificato)

- a) L'Assicuratore rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per le seguenti prestazioni qualora tali spese si rendano necessarie a causa di Malattia o Infortunio:
 - i) onorari medici, (esclusi quelli per le visite pediatriche relative al controllo naturale della crescita, visite odontoiatriche ed ortodontiche);
 - ii) accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio;
 - iii) Assistenza infermieristica domiciliare con il limite di Euro 45 al giorno;
 - iv) Cure termali (escluse spese alberghiere);
 - v) Spese sostenute in gravidanza (Visite Specialistiche, ecografie, accertamenti diagnostici, ecc...).
- b) Ai soli fini della presente Estensione, Lo stato di gravidanza è equiparato a Malattia a tutti gli effetti, pertanto le spese sostenute in relazione a tali eventi rientrano nell'ambito della presente estensione.
- c) Sono previsti sottolimiti per le seguenti specifiche prestazioni:
 - i) trattamenti fisioterapici e rieducativi purchè prescritti da Medici regolarmente iscritti all'albo;
 - ii) trattamenti osteopatici e chiropratici;
 - iii) agopuntura, elettro-agopuntura a scopo fisioterapico;
 - iv) noleggio di apparecchiature per trattamenti fisioterapici;
 - v) medicinali, prodotti da banco, prodotti omeopatici e galenici, prescritti dal Medico curante, con l'esclusione di quelli relativi a fini estetici e dell'igiene personale. A tal scopo l'Assicurato dovrà presentare lo scontrino fiscale rilasciato dalla farmacia contenente il riferimento al codice fiscale dell'Assicurato.

Art. 17 - Limitazioni relative all'Estensione C "Cure ambulatoriali, visite e accertamenti"

Massimale applicato alle prestazioni di cui all'Estensione C "Cure ambulatoriali, visite e accertamenti":

la copertura si intende prestata fino alla concorrenza del Massimale indicato nel Certificato intendendosi tale somma in aggregato per ciascun Periodo di Assicurazione e per ciascun Nucleo Familiare.

Franchigia/Scoperto applicabile alla copertura Cure Ambulatoriali, visite e accertamenti:

- a) **nel caso in cui le "Cure ambulatoriali, visite e accertamenti" siano effettuate attraverso il Network (con le modalità di cui all'art. 33 "denuncia del sinistro ed obblighi relativi" e art.**

35.1 “criteri di liquidazione” e dunque previa autorizzazione della Centrale Operativa), l’Assicuratore applicherà una Franchigia/Scoperto per ogni Sinistro così come indicato nel Certificato;

- b) nel caso in cui le “Cure ambulatoriali, visite e accertamenti” siano effettuate al di fuori del Network (con le modalità di cui all’art. 33 “denuncia del sinistro ed obblighi relativi” e art. 35.2 “criteri di liquidazione” e dunque previa autorizzazione della Centrale Operativa), l’Assicuratore applicherà una Franchigia/Scoperto per ogni Sinistro così come indicato nel Certificato.**

Nel caso in cui l’Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, l’Assicuratore rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell’Assicurato.

ESTENSIONE D - Cure dentarie

Art. 18 - Cure Dentarie

(valida solo se espressamente richiamata nel Certificato)

A parziale deroga della sezione “Delimitazioni ed esclusioni di carattere generale”, la copertura si intende estesa al rimborso delle cure odontoiatriche ed ortodontiche, comprese visite ed esami radiologici, estrazioni, acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche.

Sono altresì comprese le prestazioni di carattere conservativo e/o chirurgico effettuate da Medico dentista anche in regime di Day Hospital e/o Intervento Chirurgico Ambulatoriale e/o Ricovero.

Art. 19 - Limitazioni relative all’Estensione D “Cure dentarie”

Massimale applicato alle prestazioni di cui all’Estensione D “Cure dentarie”:

la copertura si intende prestata fino alla concorrenza del Massimale indicato nel Certificato intendendosi tale somma in aggregato per ciascun Periodo di Assicurazione e per ciascun Nucleo Familiare.

Franchigia/Scoperto applicabile alla copertura “Cure dentarie”:

- a) nel caso in cui le “Cure dentarie” siano effettuate attraverso il Network (con le modalità di cui all’art. 33 “denuncia del sinistro ed obblighi relativi” e art. 35.1 “criteri di liquidazione” e dunque previa autorizzazione della Centrale Operativa), l’Assicuratore applicherà una Franchigia/Scoperto per ogni Sinistro così come indicato nel Certificato;**
- b) nel caso in cui le “Cure dentarie” siano effettuate al di fuori del Network (con le modalità di cui all’art. 33 “denuncia del sinistro ed obblighi relativi” e art. 35.2 e dunque previa autorizzazione della Centrale Operativa), l’Assicuratore applicherà una Franchigia/Scoperto per ogni Sinistro così come indicato nel Certificato.**

Nel caso in cui l’Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, l’Assicuratore rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell’Assicurato.

ESTENSIONE E - Lenti ed occhiali

Art. 20 - Lenti e occhiali

(valida solo se espressamente richiamata nel Certificato)

A parziale deroga della sezione “Delimitazioni ed esclusioni di carattere generale”, la copertura si intende estesa al rimborso del costo delle lenti da vista acquistate in seguito a modifica del visus, comprese le lenti a contatto e le montature, sino a concorrenza del Massimale indicato nel Certificato intendendosi tale somma in aggregato per Assicurato e per Periodo di Assicurazione.

Al Rimborso verrà applicato lo Scoperto/Franchigia indicato nel Certificato.

ESTENSIONE F - Prevenzione

Art. 21 - Prevenzione

(valida solo se espressamente richiamata nel Certificato)

- a) A parziale deroga della sezione “Delimitazioni ed esclusioni di carattere generale”, la copertura si intende estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per far fronte alle tipologie di esami diagnostici strumentali di seguito elencati in funzione della opzione applicabile all'Assicurato (“Donna” ovvero “Uomo”), qualora gli stessi siano stati prescritti dal proprio Medico curante. Gli esami di seguito indicati verranno rimborsati sino a concorrenza del Massimale indicato nel Certificato intendendosi tale somma in aggregato per ciascun Periodo di Assicurazione e per ciascun Nucleo Familiare.
- b) Condizioni speciali “Donna”:
 - i) esame mammografico;
 - ii) pap-test;
 - iii) elettrocardiogramma a riposo e da sforzo;
 - iv) esami ematici: emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES;
 - v) esame urine completo;
 - vi) ecografia addome;
 - vii) esame nevi in epiluminescenza;
 - viii) vaccino antinfluenzale.
- c) Condizioni speciali “Uomo”:
 - i) elettrocardiogramma a riposo e da sforzo;
 - ii) esame radiologico del torace;

- iii) esami del sangue: emocromo con forma leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia e VES;
 - iv) esame urine completo;
 - v) PSA e PSA free;
 - vi) ecografia addome;
 - vii) esame nevi in epiluminescenza;
 - viii) vaccino antinfluenzale.
- d) La prestazione di check-up deve risultare dalla fattura rilasciata dall'istituto di cura all'Assicurato. In caso contrario si deve allegare la prescrizione del Medico curante o dello specialista con l'indicazione che si tratta di check-up o medicina preventiva o di controllo (può essere indicata anche direttamente sulla fattura relativa alla prestazione effettuata). Non sono comprese le visite pediatriche di controllo.
- e) Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicuratore rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

ESTENSIONE G - Protesi Ortopediche ed Apparecchi acustici

Art. 22 - Protesi Ortopediche ed Apparecchi acustici

(valida solo se espressamente richiamata nel Certificato)

La copertura si intende estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per l'acquisto di protesi ortopediche, apparecchi acustici e presidi che si siano resi necessari a causa di una Malattia o di un Infortunio e il cui acquisto non sia conseguente o connesso ad un Ricovero con/senza Intervento Chirurgico, degenza in Day Hospital o Day Surgery o ad un Intervento Chirurgico Ambulatoriale. La copertura si intende prestata fino alla concorrenza del Massimale indicato nel Certificato), intendendosi tale somma in aggregato per ciascun Periodo di Assicurazione e per ciascun Nucleo Familiare.

ESTENSIONE H - Cure dentarie derivanti da Infortunio

Art. 23 - Cure dentarie derivanti da Infortunio

(valida solo se espressamente richiamata nel Certificato)

La copertura si intende estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per le cure odontoiatriche ed ortodontiche (con documentazione completa comprensiva di radiografie, rilasciate dal Pronto Soccorso o da un Istituto di Cura), comprese le protesi, qualora queste siano rese necessarie a seguito di un Infortunio e non siano conseguenti o comunque prestate in occasione di un Ricovero con/senza Intervento, degenza in Day Hospital o Day Surgery o ad un Intervento Chirurgico Ambulatoriale. L'Assicurato dovrà recarsi presso il Pronto Soccorso o l'Istituto di Cura entro un massimo di 24 ore dall'evento traumatico.

La copertura si intende prestata fino alla concorrenza del Massimale indicato nel Certificato intendendosi tale somma in aggregato per ciascun Periodo di Assicurazione e per ciascun Nucleo Familiare.

ESTENSIONE I - Esonero questionari sanitari

Art. 24 - Esonero questionari sanitari

(valida solo se espressamente richiamata nel Certificato)

A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo "Dichiarazioni inesatte o reticenti della Contraente e/o dell'Assicurato", la Contraente o l'Associato alla Cassa di Assistenza e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di presentazione del Questionario Anamnestico.

ESTENSIONE L - Ulteriori estensioni

Art. 25 - Ulteriori estensioni

(valida solo se espressamente richiamata nel Certificato)

A parziale deroga di quanto previsto dall'esclusione Condizioni Mediche Preesistenti, la presente copertura si intende operante anche per:

- a) le prestazioni mediche per Malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della Assicurazione e/o al Periodo di Assicurazione, nonché le malattie croniche e recidivanti;
- b) gli interventi e le cure per l'eliminazione o correzione di Difetti Fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione dell'Assicurazione e/o al Periodo di Assicurazione.

ESTENSIONE M - Decorrenza immediata delle coperture

(valida solo se espressamente richiamata nel Certificato)

Art. 26 - Decorrenza immediata delle coperture

In deroga a quanto previsto dall'articolo "Decorrenza del contratto", tutte le coperture decorrono dal momento in cui ha effetto l'Assicurazione.

ESTENSIONE N - Assicurazione in forma integrativa

Art. 27 - Assicurazione in forma integrativa

(valida solo se espressamente richiamata nel Certificato)

Qualora l'Assicurazione sia stipulata in forma integrativa, la stessa opererà a completamento delle prestazioni fornite dai fondi FASI, FASDAC, QUAS o Fondi equivalenti di cui l'Assicurato è beneficiario. In ogni caso, qualora l'adesione a uno dei predetti fondi avvenga in un periodo successivo alla stipulazione della presente Assicurazione, il Contraente dovrà richiedere all'Assicuratore l'approvazione preventiva di tale estensione.

Principali Casistiche:

- a) Integrativa FASI/FASDAC

Gli Scoperti e le Franchigie previste dalle singole coperture di cui alla Polizza saranno operanti per la sola parte di spese sostenute dai predetti Enti.

Nel caso in cui l'Ente si rifiutasse di erogare il rimborso delle spese presentate dall'Assicurato benché previste dal proprio regolamento, la liquidazione avverrà previa detrazione di un importo pari a quanto sarebbe stato rimborsato dall'Ente all'Assicurato.

Per soggetti eventualmente non assistiti dal FASI/FASDAC o in caso di richiesta di prestazioni dallo stesso Ente non previste ma rientranti in una delle coperture della presente Assicurazione, le prestazioni verranno rimborsate con applicazione degli Scoperti e Franchigie indicate nel Certificato.

b) Integrativa QUAS

Per i familiari non iscritti al Quas: la presente Assicurazione si intende prestata in forma completa. Pertanto le prestazioni, nei termini previsti dalla stessa, verranno rimborsate con applicazione degli Scoperti e Franchigie indicate nel Certificato.

Per il dipendente iscritto al Quas: gli Scoperti e le Franchigie previste dalle singole coperture saranno operanti per la sola parte di spese sostenute dai predetti Enti.

Nel caso in cui l'Ente si rifiutasse di erogare il rimborso delle spese presentate dall'Assicurato benché previste dal proprio regolamento, la liquidazione da parte dell'Assicuratore avverrà previa detrazione di un importo pari a quanto sarebbe stato rimborsato dall'Ente.

In caso di prestazioni non garantite dall'Ente, le prestazioni verranno rimborsate all'Assicurato in forza della Polizza con applicazione degli Scoperti e Franchigie indicate nel Certificato.

Sezione 6 - Delimitazioni Ed Esclusioni Di Carattere Generale

Art. 28 - Esclusioni generali

Ferme restando le esclusioni previste nelle singole sezioni delle presenti Condizioni di Assicurazione e fermo restando quanto previsto in relazione alle singole prestazioni, l'Assicuratore non rimborserà i costi sostenuti dall'Assicurato relativi a:

- a) **Condizioni Mediche Preesistenti (fatto comunque salvo l'esercizio del diritto all'Oblio Oncologico);**
- b) **complicanze, conseguenze dirette e indirette di Infortuni, Malattie e stati patologici dichiarati nel Questionario Anamnestico nonché quelle sottaciute all'Assicuratore all'atto della sottoscrizione già conosciuti alla Contraente e/o all'Assicurato e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione della Polizza o all'inserimento in copertura (qualora l'Assicuratore abbia richiesto la compilazione di un Questionario Anamnestico e fatto comunque salvo l'esercizio del diritto all'Oblio Oncologico). Qualora non sia richiesta la compilazione di un Questionario anamnestico le complicanze, conseguenze dirette e indirette di Malattie, stati patologici e Infortuni che hanno avuto luogo prima della sottoscrizione della Polizza sono incluse in copertura;**
- c) **Malattie Mentali;**

- d) le prestazioni sanitarie e le cure per fecondazione assistita e simili;
- e) l'aborto volontario non terapeutico;
- f) la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- g) gli Infortuni causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato o dall'effetto di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico dall'Assicurato;
- h) gli Infortuni conseguenti ad azioni poste in essere con volontà o con finalità delittuose compiute o tentate dall'Assicurato, intendendosi invece compresi gli Infortuni sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato stesso;
- i) le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana in stato di necessità o per legittima difesa;
- j) gli Infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- k) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti Fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della Polizza inerenti le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia stomatologica e plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- l) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), se non espressamente coperte in Polizza, previo acquisto della relativa copertura;
- m) le prestazioni sanitarie, le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico salvo gli interventi a scopo ricostruttivo:
 - i) a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna;
 - ii) a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza;
 - iii) per neonati, che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
- n) le protesi dentarie nonché le prestazioni e le cure odontoiatriche ed ortodontiche (comprese le parodontopatie) - salvo quanto previsto da copertura specifica dell'ESTENSIONE D "Cure dentarie" ed ESTENSIONE H - "Cure dentarie derivanti da Infortunio", qualora operanti ed indicate nel Certificato, previo pagamento del relativo Premio;
- o) le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale, nonché quelle non effettuate da Medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale nonché di medicina sperimentale;
- p) le conseguenze dirette od indirette di trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

- q) le conseguenze di guerre (dichiarate o non dichiarate), insurrezioni, (salvo quanto previsto dall'ESTENSIONE "Rischio di guerra";
- r) le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo, di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- s) le spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili;
- t) le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i Ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i Ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- u) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini, le prestazioni di medicina generale pediatrica di routine, le prestazioni mediche legate alla prevenzione di Malattie salvo qualora sia stata sottoscritta la copertura opzionale di cui all'ESTENSIONE F "Prevenzione" e la stessa sia indicata nel Certificato, previo pagamento del relativo Premio;
- v) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi,
- w) le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura o Centri Medici ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;
- x) i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di Chirurgia Bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
- y) lenti ed occhiali, salvo qualora sia stata sottoscritta la copertura opzionale di cui all'ESTENSIONE E "Lenti ed occhiali" e la stessa sia indicata nel Certificato, previo pagamento del relativo Premio. Le lenti intraoculari saranno considerate rimborsabili qualora l'Assicurazione ricomprenda la prestazione assicurata di cui all'articolo 4;
- z) i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check up clinici (Ricoveri Impropri).

L'Assicuratore, non sarà tenuto a prestare copertura né sarà tenuta al pagamento di alcun indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente Polizza, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o risarcimento, o il riconoscimento di tale beneficio esponga l'Assicuratore a sanzioni, divieti o restrizioni imposti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da provvedimenti della Repubblica italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Art. 29 - Persone non assicurabili - Limiti di età

La copertura assicurativa non copre le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza; l'Assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

L'Assicurazione non vale per le persone di età superiore a 80 anni. Per quelle che raggiungono tale limite di età, l'Assicurazione cessa dalla prima scadenza annuale del Premio, senza che in contrario

possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti successivamente, premi che, in tal caso, verranno restituiti dall'Assicuratore.

Art. 30 - Inclusioni ed esclusioni

L'Assicurazione vale per le persone appartenenti alla categoria indicata nel Certificato; la categoria potrà essere individuata in relazione al rapporto che le predette persone avranno in essere con la Contraente (nel caso di Polizza stipulata con un soggetto diverso dalla Cassa di Assistenza) o con l'Associato alla Cassa di Assistenza (in caso di Polizza stipulata con una Cassa di Assistenza).

Premesso che:

- a) gli elenchi anagrafici dei soggetti assicurati sono consegnati dalla Contraente (nel caso di Contraente diverso dalla Cassa di Assistenza) o dell'Associato alla Cassa di Assistenza (quando la Polizza è stipulata da una Cassa di Assistenza) all'Intermediario incaricato dall'Assicuratore secondo le modalità di cui all'articolo 3 "Identificazione degli Assicurati", il quale comunica direttamente all'Assicuratore tramite le funzionalità previste dal portale dell'Assicuratore messo a disposizione dalla stessa;
- b) le variazioni relative alla composizione dei Nuclei Familiari e/o all'inserimento/cancellazione dei nuclei stessi, sono comunicate dalla Contraente (nel caso di Contraente diverso dalla Cassa di Assistenza) o dell'Associato alla Cassa di Assistenza (quando la Polizza è stipulata da una Cassa di Assistenza) all'Intermediario incaricato dall'Assicuratore, il quale li comunica direttamente all'Assicuratore tramite le funzionalità previste dal portale web messo a disposizione della stessa;
- c) per tutte le variazioni e/o inserimenti/cancellazioni pervenute da parte degli Assicurati, della Contraente o dell'Associato alla Cassa di Assistenza all'Intermediario incaricato dall'Assicuratore si stabilisce che **la decorrenza della copertura assicurativa, in capo a ciascun soggetto o Nucleo Familiare, decorre dalle ore 24 del giorno di inclusione nel sistema informatico da parte dell'Intermediario incaricato dall'Assicuratore, nel limite temporale del mese solare di richiesta all'Assicuratore. In caso contrario, per qualsiasi motivo, decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione e/o inserimenti/cancellazioni all'Assicuratore.**

Art. 31 - Limiti territoriali

L'Assicurazione vale per tutto il mondo, fatto salvo per i territori e le aree geografiche, località o eventi per i cui Ministero degli Esteri, l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) o qualsiasi autorità del paese da cui o verso il quale state viaggiando abbia sconsigliato qualsiasi tipo di spostamento e/o soggiorno.

Art. 32 - Esclusione di Russia, Ucraina e Bielorussia

Nonostante qualsiasi disposizione contraria all'interno della presente Polizza (inclusa qualsiasi appendice alla stessa), la presente Polizza non fornisce copertura per eventuali Infortuni, Malattie, responsabilità, danni, costi o spese e l'Assicuratore non avrà alcun obbligo di effettuare pagamenti a qualsiasi Contraente, Assicurato o terza parte nella misura in cui tale copertura o pagamento derivi da o si riferisca, direttamente o indirettamente, ad Attività nei Territori Esclusi.

Ai fini della presente Clausola: Il termine "Attività nei Territori Esclusi" indica qualsiasi attività, transazione, operazione, sussidiaria, società collegata, filiale, prodotto, proprietà, bene, persona fisica o giuridica correlata, situata o che abbia origine dai Territori Esclusi, o in transizione da, verso

o attraverso i Territori Esclusi, o qualsiasi cittadino o qualsiasi persona normalmente residente nei Territori Esclusi, qualsiasi entità stabilita secondo le leggi dei Territori Esclusi, o qualsiasi entità posseduta o controllata da uno qualsiasi dei suddetti.

Sezione 7 - Denuncia Di Sinistro

Art. 33 - Denuncia del Sinistro e obblighi relativi

In caso di Sinistro l'Assicurato, dovrà rivolgersi alla Sede Secondaria in Italia dell'Assicuratore o accedere all'area riservata del portale web accessibile all'indirizzo <https://sompo.assirecregroup.com> entro cinque giorni da quando ne ha avuto conoscenza, in conformità a quanto disposto dall'art. 1913 c.c.

In caso di utilizzo di strutture in Network l'Assicurato dovrà accedere al suddetto portale web per richiedere l'attivazione della presa in carico diretta dei costi e delle spese sanitarie formalizzando la Denuncia del Sinistro.

La Centrale Operativa è accessibile attraverso i seguenti mezzi di comunicazione:

+39 06-44077383, Numero nero per chiamate dall'Italia e dall'Estero
Servizio telefonico disponibile dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00
Portale Web all'indirizzo <https://sompo.assirecregroup.com>

Nel caso di Ricovero o Intervento in strutture in Network - salvo i casi di comprovata urgenza - al fine di agevolare le procedure per il Ricovero occorre inserire la richiesta di presa in carico con un preavviso di almeno 72 ore.

Per tutte le altre garanzie per cui la polizza prevede la possibilità di attivazione della forma diretta (effettuazione di prestazione presso strutture convenzionate nel Network Assirete) il preavviso dovrà essere almeno di 48 ore dalla data di prenotazione.

La Centrale Operativa, previa verifica della posizione amministrativa e clinica, provvederà ad autorizzare o negare l'effettuazione della prestazione in regime di convenzione presso Istituti di Cura, centri diagnostici e medici prescelti.

La denuncia deve essere corredata dalla documentazione medica richiesta, come disposto dal successivo articolo "Criteri di liquidazione e pagamento dell'Indennizzo".

Ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile, l'Assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo di Denuncia del Sinistro entro i termini indicati perde il diritto all'Indennizzo.

Art. 34 - Prova

Colui che richiede l'Indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi fondanti il proprio diritto e deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta dell'Assicuratore, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente, acconsentendo al trattamento dei dati personali in ottemperanza della normativa privacy applicabile.

Art. 35 - Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo

Art. 35.1 Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati del Network

Qualora l'Assicurato utilizzi le strutture sanitarie e i medici convenzionati del Network, previa autorizzazione della Centrale Operativa, in caso di:

- a) Ricovero, Day Hospital, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale senza Ricovero, l'Assicuratore pagherà direttamente o farà pagare, in nome e per conto dell'Assicurato, le spese sostenute per prestazioni sanitarie previste dall'Assicurazione (ferme eventuali Franchigie, Scoperti ed importi oltre i Massimali o limiti di Indennizzo che resteranno a carico dell'Assicurato e/o Contraente);
- b) prestazioni sanitarie senza Ricovero (visite mediche specialistiche, esami ed analisi, accertamenti diagnostici, trattamenti e terapie, cure dentarie), l'Assicuratore pagherà direttamente o farà pagare, in nome e per conto dell'Assicurato, le spese sostenute per prestazioni sanitarie previste e resterà a carico dell'Assicurato solamente l'eventuale Scoperto, Franchigia o eccedenza rispetto al Massimale previsto dall'Assicurazione. L'Assicuratore, al fine dell'autorizzazione a effettuare la visita in convenzione, si riserva di chiedere preventivamente copia della prescrizione del Medico curante con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi.

Il pagamento effettuato a Istituti di Cura, Centri Medici, centri diagnostici o medici convenzionati dall'Assicuratore solleverà l'Assicuratore stessa da qualsiasi pretesa che tali soggetti e/o l'Assicurato (o i suoi aventi causa) possano vantare per la stessa causale, incluso a titolo integrativo di quanto l'Assicuratore abbia già corrisposto.

Qualora si dovesse successivamente accertare, relativamente all'evento assicurato per il quale l'Assicurato ha usufruito del servizio in regime di convenzione, la non validità dell'Assicurazione e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia della stessa, l'Assicurato sarà tenuto a rimborsare all'Assicuratore le somme corrisposte dall'Assicuratore a Istituti di Cura, Centri Medici, centri diagnostici o medici convenzionati.

Tali circostanze saranno debitamente comunicate all'Assicurato, mediante lettera raccomandata, e lo stesso sarà tenuto a restituire dette somme indebitamente liquidate dall'Assicuratore, entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento delle stesse.

Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, l'Assicuratore si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Art. 35.2 Utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati del Network o corresponsione di diarie

Qualora l'Assicurato decida di non avvalersi delle strutture in Network e non utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale, il Rimborso delle spese sanitarie sostenute avverrà previa presentazione alla Centrale Operativa della seguente documentazione, tramite l'Intermediario incaricato dall'Assicuratore al quale è assegnata la Polizza o direttamente utilizzando l'area riservata del portale web all'indirizzo <https://sompo.assirecregroup.com>.

In caso di:

- a) Ricovero, Day Hospital, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale, alla richiesta di rimborso va allegata copia di fatture, notule o ricevute quietanzate e copia conforme della Cartella Clinica completa;
- b) prestazioni sanitarie senza Ricovero (visite mediche specialistiche, esami ed analisi, accertamenti diagnostici, trattamenti e terapie, acquisto o noleggio di apparecchi ortopedici, protesici o fisioterapici), alla richiesta di rimborso va allegata copia del certificato del Medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi e delle notule, fatture o ricevute quietanzate;
- c) prestazioni sanitarie in caso di Infortuni senza Ricovero, alla richiesta di rimborso va allegata copia del referto del Pronto Soccorso, del certificato del Medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi e delle notule, fatture o ricevute quietanzate;
- d) spese di trasporto, alla richiesta di rimborso va allegata copia dei giustificativi delle spese sostenute.

L'Assicuratore, verificata l'operatività della copertura, ricevuta la documentazione relativa al Sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, determina l'Indennizzo che risulti dovuto all'Assicurato, ne dà comunicazione all'interessato e, avuta notizia dell'accettazione, provvede al pagamento.

L'Assicuratore restituirà gli eventuali originali ricevuti per la denuncia del Sinistro.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto secondo i termini della presente Assicurazione avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Il pagamento dell'Indennizzo viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, anche per le spese sostenute all'estero, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

Art. 35.3 Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Qualora il Ricovero, Day Hospital, Day Surgery o l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale, dell'Assicurato avvenga integralmente o parzialmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale presso strutture pubbliche o istituti di cura accreditati dal Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicuratore provvederà a rimborsare le eventuali spese sanitarie sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato, purché indennizzabili secondo i termini di Polizza, sempre che l'Assicurato non abbia richiesto per le medesime prestazioni l'erogazione dell'Indennità Forfettaria (per la quale si rimanda all'art. 35.4 sotto).

L'Assicurato dovrà quindi provvedere direttamente al pagamento di dette spese e successivamente chiederne il rimborso delle stesse con le modalità previste dall'art. 35.2.

Art. 35.4 Richiesta dell'indennità Forfettaria

Qualora in caso di Ricovero, Day Hospital, Day Surgery o Intervento Chirurgico senza Ricovero l'Assicurato scelga di richiedere l'Indennità Forfettaria, lo stesso deve far pervenire alla Centrale Operativa tramite l'Intermediario incaricato dall'Assicuratore al quale è assegnata la Polizza o direttamente utilizzando l'area riservata del portale web all'indirizzo <https://sompo.assirecregroup.com>, copia conforme della Cartella Clinica Completa.

L'Assicuratore, verificata l'operatività della copertura, ricevuta la documentazione relativa al Sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, determina l'Indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione all'interessato e, avuta notizia dell'accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni.

Il pagamento dell'Indennizzo viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, anche per l'Indennità Forfettaria relativa a Ricoveri sostenuti all'estero.

L'Indennità Forfettaria non è soggetta all'applicazione di alcuna Franchigia.

Art. 35.5 Ricoveri ravvicinati

I Ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 20 giorni (120 giorni per le sole neoplasie) l'uno dall'altro, dovuti alla stessa Malattia o stato patologico o in conseguenza del medesimo Infortunio, sono da considerarsi come medesimo Sinistro e di conseguenza l'eventuale Franchigia contrattualmente prevista andrà applicata una sola volta.

Art. 36 - Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Assicuratore liquida l'Indennizzo che risulti dovuto secondo le tempistiche indicate nelle singole coperture (e, in mancanza, entro 30 giorni dalla denuncia del Sinistro con tutta la documentazione probatoria a corredo), ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento. L'indennità verrà corrisposta in Italia e in Euro. Resta inteso che gli eredi, in caso di premorienza dell'Assicurato rispetto all'avvenuto accertamento medico legale dell'Assicuratore, potranno dimostrare la sussistenza del proprio diritto all'indennizzo mediante consegna all'Assicuratore di documentazione, emessa da un Istituto di Cura o da un Medico curante, che possa essere ragionevolmente considerata idonea all'accertamento dei postumi.

Sezione 8 - Premio Di Assicurazione

Art. 37 - Pagamento del Premio - Decorrenza dell'Assicurazione e Periodo di Assicurazione

La Contraente è tenuta a pagare, presso lo Stabilimento in Italia dell'Assicuratore, ovvero presso l'Intermediario incaricato dall'Assicuratore a cui la Polizza è assegnata, alle rispettive scadenze e per tutta la durata della Polizza, il Premio indicato nel Certificato. Il Premio verrà corrisposto dalla Contraente in un'unica soluzione in sede di stipulazione dell'Assicurazione o verrà suddiviso in rate mensili in base a quanto meglio specificato nel Certificato. In caso di suddivisione del Premio in rate mensili, la prima rata dovrà essere pagata alla consegna della Polizza e/o Certificato, mentre le rate successive dovranno essere pagate nel rispetto delle scadenze indicate nel Certificato. A fronte di ogni pagamento effettuato dalla Contraente verrà rilasciata una quietanza emessa dallo Stabilimento in Italia dell'Assicuratore, Intermediario incaricato dall'Assicuratore a cui la polizza è assegnata, che devono portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo (fermo restando, in ogni caso, quanto previsto dall'articolo 118 del Codice delle Assicurazioni per le somme rispettivamente incassate dall'Agente o dal Broker). Per la prima rata, l'Assicurazione decorre dalle ore ventiquattro del giorno indicato nel Certificato, se in quel momento il Premio è stato pagato; in caso diverso decorre dalle ore ventiquattro del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze del contratto. Per le rate successive alla prima è concesso il termine di mora di trenta giorni, trascorso il quale l'Assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore ventiquattro del giorno di pagamento delle rate di Premio scadute e delle spese, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

Il Premio è sempre determinato per un periodo di Assicurazione di 365 giorni, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate.

Art. 38 - Regolazione del Premio posticipata

Alla scadenza dell'annualità si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in via definitiva all'Assicuratore, nei seguenti termini:

- a) per inclusioni avvenute entro il primo semestre del Periodo di Assicurazione le stesse comporteranno la corresponsione dell'intero Premio annuo pattuito per singolo Assicurato;
- b) per inclusioni avvenute nel secondo semestre del Periodo di Assicurazione le stesse comporteranno la corresponsione del 60% del Premio annuo pattuito per singolo Assicurato;
- c) eventuali esclusioni di persone non daranno luogo a rimborso di Premio che si considera pertanto indivisibile.

Sezione 9 - Norme Generali

Art. 39 - Dichiarazioni inesatte o reticenti della Contraente e/o dell'Assicurato

L'Assicuratore ha determinato il Premio e sottoscritto il Rischio di cui alla presente Polizza in base alle dichiarazioni fornite dalla Contraente, dall'Associato alla Cassa di Assistenza e/o dall'Assicurato, i quali sono obbligati a dichiarare tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore. In sede di stipulazione della presente Assicurazione, l'Assicurato dovrà compilare il Questionario Anamnestico che gli verrà fornito dall'Assicuratore o dall'Intermediario da essa incaricato in modo preciso e veritiero, al fine di consentire all'Assicuratore di circoscrivere il Rischio. Le dichiarazioni inesatte o reticenze della Contraente e/o Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. È fatto salvo l'esercizio del diritto all'oblio oncologico.

Art. 40 - Variazione del Rischio – Diminuzione e Aggravamento del rischio

La Contraente, l'Associato alla Cassa di Assistenza e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni circostanza che intervenga a modificare ogni elemento del Rischio Assicurato dalla presente Polizza. Se la variazione implica una diminuzione del Rischio, l'Assicuratore provvederà a ridurre in proporzione il Premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione. **Se la variazione implica un aggravamento del Rischio, l'Assicuratore ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di trenta giorni decorrenti dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del Rischio.** Il recesso dell'Assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale per cui l'Assicuratore non avrebbe stipulato l'Assicurazione, mentre ha effetto dopo quindici giorni se l'aggravamento del Rischio è tale che per l'Assicurazione sarebbe stato richiesto un Premio maggiore. Qualora si verificasse un aggravamento del Rischio, le Parti restano comunque libere di negoziare un accordo per la prosecuzione del contratto stesso mediante la redazione di un apposito atto di variazione, con l'obbligo per la Contraente o per l'Associato alla Cassa di Assistenza di procedere al pagamento dell'integrazione di Premio pattuita. Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dall'Assicuratore, nonché la mancata comunicazione all'Assicuratore di qualsivoglia circostanza che

intervenga a modificare ogni elemento del Rischio Assicurato dalla presente Polizza da parte della Contraente, dell'Associato alla Cassa di Assistenza e/o dell'Assicurato, possono comportare la perdita totale o parziale dell'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 41 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente, l'Associato alla Cassa di Assistenza e/o l'Assicurato sono tenuti sono valide solo se fatte per iscritto all'Assicuratore all'indirizzo del proprio Stabilimento in Italia, ovvero presso l'Intermediario incaricato dall'Assicuratore a cui la Polizza è assegnata dall'Assicuratore ai sensi dell'art. 42 che segue, oppure al mandatario scelto dalla Contraente dall'Associato alla Cassa di Assistenza e/o dall'Assicurato e riconosciuto dall'Assicuratore.

Art. 42 - Clausola Intermediario

La Contraente dichiara, e l'Assicuratore ne prende atto, di aver affidato la gestione del presente contratto all'Intermediario il cui nominativo è indicato nel Certificato; di conseguenza tutti i rapporti e le comunicazioni inerenti alla presente Assicurazione saranno effettuati tempestivamente per conto della Contraente, dell'Associato alla Cassa di Assistenza e/o dell'Assicurato dallo stesso che - in caso di coassicurazione - tratterà con l'Assicuratore Incaricata informandone le Compagnie Coassicuratrici; parimenti ogni comunicazione fatta dall'Assicuratore all'Intermediario indicato nel Certificato si intenderà come fatta alla Contraente, all'Associato alla Cassa di Assistenza e/o all'Assicurato. In caso di contrasto tra le comunicazioni all'Assicuratore fatte dall'Intermediario e quelle fatte dalla Contraente dall'Associato alla Cassa di Assistenza e/o dall'Assicurato, prevarranno queste ultime.

Costituiscono eccezione a quanto sopra pattuito l'eventuale Disdetta alla Polizza, che ciascuna delle Parti contraenti è tenuta ad inviare direttamente all'altra Parte nei termini e modalità previsti dal presente contratto.

Art. 43 - Decorrenza del contratto

La presente Assicurazione avrà efficacia – previo pagamento del Premio ai sensi della Sezione 6 - dalla data di decorrenza delle coperture indicata nel Certificato.

Salvo qualora si preveda diversamente e lo stesso venga indicato nel Certificato, le coperture contenute nella presente Assicurazione decorrono dal:

- 1° giorno per le coperture relative ad Infortuni;
- 30° giorno successivo a quello della decorrenza della Polizza per le coperture relative a Malattie;
- 90° giorno successivo a quello della decorrenza della Polizza per le coperture relative agli stati patologici diagnosticati sottoposti ad accertamenti e/o curati precedentemente alla stipula della Polizza;
- 300° giorno successivo a quello della decorrenza della Polizza per le coperture relative al parto e le Malattie da puerperio.

Art. 44 - Recesso dal contratto

Le Parti possono recedere dalla presente Assicurazione in ogni momento, salvo il rispetto di un preavviso di almeno trenta giorni.

In caso di recesso dell'Assicuratore, la stessa metterà a disposizione dell'altra parte la quota di Premio relativa al periodo di Rischio non corso, tenuto conto degli elementi di rischio variabili che possono determinare la variazione del premio ed escluse le imposte. In caso di recesso della Contraente o dell'Associato alla Cassa di Assistenza, saranno dovuti all'Assicuratore le rate di Premio scadute, e rimaste insoddisfatte, in aggiunta all'intero ammontare del premio relativo al Periodo di Assicurazione in corso al momento del recesso.

Art. 45 - Durata e tacito rinnovo

La Polizza ha durata annuale con la formula del tacito rinnovo.

In mancanza di Disdetta spedita dalla Contraente o dall'Assicuratore entro e non oltre 30 giorni prima della scadenza del Periodo di Assicurazione mediante lettera raccomandata A/R, la Polizza, di durata non inferiore ad un anno, si rinnova tacitamente per un'ulteriore annualità e così di seguito per le scadenze successive.

La disdetta della Contraente può essere spedita entro e non oltre 30 giorni prima della scadenza del Periodo di Assicurazione, mediante raccomandata A/R, inviata all'Assicuratore (fa fede la data del timbro postale) ovvero inviata mediante posta elettronica certificata al seguente indirizzo PEC: siie@legalmail.it.

Art. 46 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico della Contraente e/o Assicurato.

Art. 47 - Assicurazione per conto altrui

La presente Assicurazione è stipulata per conto altrui; pertanto gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dalla Contraente o dall'Associato alla Cassa di Assistenza, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 48 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è espressamente disciplinato dalla presente Polizza, valgono le norme di legge. Qualsiasi interpretazione di questa Polizza verrà effettuata, ove non diversamente stabilito, in applicazione delle leggi dello Stato Italiano applicabili al presente contratto.

Art. 49 - Rinuncia al diritto di surroga

L'Assicuratore rinuncia a favore dell'Assicurato (il quale potrà agire nei limiti imposti dall'art. 1905 c.c.) o suoi aventi diritto, all'azione di Surrogazione che le compete per l'Art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili del Sinistro.

Art. 50 - Assicurazioni presso diversi assicuratori

In deroga a quanto previsto dall'art. 1910 del Codice Civile, la Contraente, l'Associato alla Cassa di Assistenza e/o l'Assicurato non sono tenuti a comunicare all'Assicuratore eventuali altre assicurazioni per il rimborso delle spese mediche stipulate. Permane tuttavia l'obbligo in capo alla Contraente di comunicare eventuali altre assicurazioni per il rimborso delle spese mediche Malattia stipulate in favore degli Assicurati con l'Assicuratore stessa.

Quanto sopra si intende applicato anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi Integrativi sanitari e simili. In caso di Sinistro, la Contraente/Assicurato

deve darne avviso a tutti gli assicuratori comunicando a ciascuno il nome degli altri (Art. 1910 del Codice Civile).

Art. 51 - Collegio Medico

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'Infortunio o Malattia, le Parti potranno conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici al fine di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di Assicurazione. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto e deve essere redatta per iscritto con l'indicazione del nome del Medico designato, dopodiché l'Assicuratore comunica all'Assicurato il nome del Medico che essa a sua volta designa. Il terzo Medico viene scelto dalle Parti all'interno di una terna di Medici proposta dai primi; in caso di disaccordo il terzo Medico verrà designato dal Segretario dell'Ordine dei Medici avente competenza nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo Medico, l'Assicuratore convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi. 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, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo Medico. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei Medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 52 - Foro competente

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione della presente Polizza, il Foro competente coinciderà con il luogo in cui risiede la parte convenuta in giudizio.

Art. 53 - Coassicurazione e Delega

(articolo operante esclusivamente in caso di polizza ripartita in quote tra Compagnie Coassicuratrici)

La presente Polizza è ripartita in quote tra le Compagnie Coassicuratrici indicate nel Certificato. Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione alla rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale tra le stesse.

La Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente Polizza all'Assicuratore Incaricata.

Di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente Polizza – disciplinati da questa clausola – avverranno tra il Contraente e l'Assicuratore per il tramite dell'Intermediario il quale tratterà con l'Assicuratore Incaricata informandone le Compagnie Coassicuratrici.

Queste ultime saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dall'Assicuratore Incaricata, per la gestione del contratto, l'istruzione dei sinistri e la quantificazione dei danni indennizzabili, attribuendole a tal fine ogni facoltà necessaria, ivi compresa quella di incaricare, in nome e per conto delle Compagnie Coassicuratrici, esperti (Periti, Medici, consulenti, etc). E' fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di Polizza, il cui pagamento verrà effettuato dal Contraente per il tramite dell'Intermediario direttamente nei confronti di ciascuna Compagnia Coassicuratrice.

Ogni modifica al contratto che richieda una stipulazione scritta, impegna ciascuna di esse solo dopo la firma dell'atto relativo. La firma dell'Assicuratore Incaricata apposta per mandato delle Compagnie Coassicuratrici anche in loro nome e per loro conto, rende valida ad ogni effetto la presente Polizza e ogni sua modificazione.

L'Assicuratore Incaricata è obbligato ad avvertire le Compagnie Coassicuratrici danno atto che gli atti interruttivi della prescrizione notificati all'Assicuratore Incaricata sono efficaci anche nei propri confronti.

Art. 54 - Modifica del contratto

Qualunque modificazione del contratto non è valida se non risulta da specifico atto scritto di variazione sottoscritto sia dalla Contraente che dall'Assicuratore.

Clausole Vessatorie:

Ai sensi e agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di approvare specificatamente, anche a nome e per conto degli Assicurati, essendone stato debitamente autorizzato a tal fine, le disposizioni degli articoli seguenti:

- Art. 1 – Oggetto dell'Assicurazione
- Art. 2 – Assicurati
- Art. 3 – Identificazione degli Assicurati
- Art. 5 – Limitazioni relative alla copertura "Rimborso spese mediche" a seguito di Ricovero
- Art. 7 – Limitazioni relative alla copertura "Grandi Interventi"
- Art. 13 – Limitazioni relative all'ESTENSIONE A "Prestazioni Specialistiche di Alta Diagnostica"
- Art. 15 – Limitazioni relative all'ESTENSIONE B "Cure oncologiche"
- Art. 17 – Limitazioni relative all'ESTENSIONE C "Cure ambulatoriali, visite e accertamenti"
- Art. 19 – Limitazioni relative all'ESTENSIONE D "Cure dentarie"
- Art. 28 – Esclusioni generali
- Art. 29 - Persone non assicurabili – Limiti di età
- Art. 30 – Inclusioni ed esclusioni
- Art. 31 - Limiti territoriali
- Art. 32 - Esclusione di Russia, Ucraina e Bielorussia
- Art. 33 – Denuncia del Sinistro e obblighi relativi
- Art. 35 – Criteri di liquidazione e pagamento dell'indennizzo
- Art. 37 - Pagamento del Premio - Decorrenza dell'Assicurazione e periodo di Assicurazione
- Art. 38 - Regolazione del Premio posticipata
- Art. 39 - Dichiarazioni inesatte reticenti della Contraente e/o dell'Assicurato
- Art. 40 – Variazione del Rischio – Diminuzione e Aggravamento del rischio
- Art. 41 - Forma delle comunicazioni
- Art. 42 - Clausola Intermediario
- Art. 43 - Decorrenza del contratto
- Art. 44 - Recesso dal contratto
- Art. 45 - Durata e Tacito rinnovo
- Art. 46 - Oneri fiscali
- Art. 51 - Collegio medico
- Art. 52 - Foro competente

ALLEGATO 1 – ELENCO GRANDI INTERVENTI

A) CRANIO E SISTEMA NERVOSO CENTRALE

- a) Anastomosi vasi intra-extracranici
- b) Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche
- c) Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- d) Cranioplastiche
- e) Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- f) Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche
- g) Emisferectomia
- h) Endoarterioctomia o chirurgia dei vasi del collo
- i) Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splanchnici
- j) Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningomidollari
- k) Interventi per tumori della base cranica per via transorale
- l) Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- m) Laminectomia per tumori intra-durali extramidollari
- n) Laminectomia per tumori intra-midollari
- o) Malformazioni aneurismatiche (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi)
- p) Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- q) Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico
- r) Operazioni per encefalo meningocele
- s) Psicochirurgia
- t) Surrenelectomia e altri interventi sulla capsula surrenale
- u) Terapia chirurgica delle fistole artero-venose:
 - i. aggressione diretta
 - ii. legatura vaso-afferente intra-cranico
 - iii. legatura vaso-afferente extra-cranico
- v) Vagotomia per via toracica

B) FACCIA E BOCCA

- a) Asportazione della parotide per neoplasie maligne
- b) Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- c) Demolizione dell'osso frontale
- d) Fratture dei mascellari superiori. Trattamento chirurgico e ortopedico
- e) Fratture del condilo e della apofisi coronoide mandibolare. Trattamento chirurgico e ortopedico
- f) Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- g) Interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- h) Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- i) Plastica per paralisi del nervo facciale

- j) Resezione mascellare superiore
- k) Resezione del massiccio facciale per neoformazioni maligne
- l) Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi

C) COLLO

- a) Asportazione della ghiandola sottomascellare per infiammazioni croniche e neoplasie benigne e tumori maligni
- b) Asportazione della ghiandola sottomascellare per infiammazioni croniche e neoplasie benigne
- c) Interventi per asportazioni di tumori maligni del collo
- d) Svuotamento ganglionare latero cervicale bilaterale
- e) Tiroidectomia totale per neoplasie maligne

D) ESOFAGO

- a) Collocazioni di protesi endoesofagea per via toraco-laparatomica
- b) Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
- c) Interventi di varici esofagee
- d) Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico
- e) Operazioni sull'esofago per stenosi benigna, per tumori, resezioni parziali basse, alte e totali
- f) Resezione dell'esofago cervicale
- g) Resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo

E) TORACE

- a) Asportazione del timo
- b) Asportazione di tumori bronchiali per via endoscopica
- c) Asportazione di tumori maligni con svuotamento del cavo ascellare
- d) Decorticazione polmonare
- e) Interventi per fistole bronchiali cutanee
- f) Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- g) Interventi sul mediastino per tumori
- h) Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare
- i) Pleuro pneumectomia
- j) Pneumectomia
- k) Pneumolisi a cielo aperto
- l) Pneumotomia per asportazioni di cisti da echinococco
- m) Resezione bronchiale, con reimpianto
- n) Resezione segmentarie e lobectomia
- o) Toracoplastica parziale
- p) Toracoplastica totale
- q) Toracotomia esplorativa

F) CHIRURGIA CARDIACA

- a) Interventi a cuore aperto
- b) Interventi a cuore chiuso
- c) Pericardiectomia

G) STOMACO E DUODENO

- a) Cardiomotomia extramucosa
- b) Esofago - cardioplastica
- c) Gastroectomia totale
- d) Gastroectomia totale per via toraco-laparotomica
- e) Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- f) Intervento per mega esofago
- g) Pilonoplastica + vagotomia
- h) Reintervento per mega-esofago
- i) Resezione gastrica
- j) Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- k) Sutura di perforazioni gastriche e intestinali non traumatiche

H) PERITONEO E INTESTINO

- a) Colectomia segmentaria
- b) Colectomia totale
- c) Enteroanastomosi
- d) Exeresi di tumori retroperitoneali
- e) Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali
- f) Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione dell'intestino - resezioni intestinali
- g) Occlusione intestinale di varia natura - resezione intestinale
- h) Resezione del tenue
- i) Resezione ileo-cecale
- j) Resezione intestinale
- k) Sutura della lesione

I) RETTO E ANO

- a) Amputazione del retto per via addomino perineale: in più tempi
- b) Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo
- c) Amputazione del retto per via addomino-perineale
- d) Amputazione del retto per via perianale
- e) Amputazione del retto per via sacrale
- f) Operazione per mega colon
- g) Resezione anteriore del retto

J) FEGATO E VIE BILIARI

- a) Colectistectomia
- b) Drenaggio biliodigestivo intraepatico
- c) Epatico e coledocotomia
- d) Epatico - digiuno - duodenostomia
- e) Epatotomia semplice per cisti da echinococco
- f) Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecisto gastrostomia, colecisto enterostomia)
- g) Interventi per la ricostruzione delle vie biliari (colecisto gastrostomia, colecisto enterostomia)
- h) Papillotomia per via trans-duodenale
- i) Resezione epatica

K) PANCREAS E MILZA

- a) Anastomosi mesenterica-cava
- b) Anastomosi porta-cava e spleno-renale
- c) Deconnessione azygos-portale
- d) Interventi demolitivi del pancreas:
 - i. totale o della testa
 - ii. della coda
- e) Interventi di necrosi acuta del pancreas
- f) Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas:
 - i. enucleazione delle cisti
 - ii. marsupializzazione
 - iii. cistovisceroanastomosi
- g) Interventi per fistole pancreatiche
- h) Splenectomia

L) VASI

- a) Disostruzione by-pass aorta addominale
- b) Interventi per aneurisma dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache
- c) Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca
- d) Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima
- e) Operazione sulla aorta toracica e sulla aorta addominale
- f) Resezione arteriosa con plastica vasale

M) ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- a) Artroprotesi di anca
- b) Artroprotesi di ginocchio
- c) Artroprotesi di gomito
- d) Disarticolazione interscapolo toracica
- e) Emipelvectomy
- f) Protesi di femore
- g) Protesi di ginocchio
- h) Protesi di polso
- i) Protesi di spalla e gomito
- j) Protesi di Thompson
- k) Vertebrotonia

N) UROLOGIA

- a) Cistectomia totale
- b) Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia
- c) Fistole vescico-vaginale
- d) Ileocisto plastica - colecisto plastica
- e) Intervento per estrofia della vescica
- f) Intervento per fistola vescico - intestinale
- g) Intervento per fistola vescico - rettale

- h) Nefrectomia allargata per tumore
- i) Nefroctomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)
- j) Nefroureterectomia totale (taglio allargato)
- k) Resezione renale con clampaggio vascolare
- l) Surrenalectomia
- m) Uretero-ileo-anastomosi (o colo-bilaterale o totale)

O) APPARATO GENITALE

- a) Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi
- b) Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico
- c) Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma)
- d) Cura chirurgica di fistola retto-vaginale
- e) Cura chirurgica di fistola ureterale
- f) Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale
- g) Eviscerazione pelvica
- h) Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria
- i) Isterectomia per via vaginale
- j) Isterectomia totale con annessiectomia per via laparatomica
- k) Isterectomia totale per via laparatomica
- l) Metroplastica
- m) Orchiectomia allargata per tumore
- n) Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia
- o) Pannisterectomia radicale per via addominale
- p) Pannisterectomia radicale per via vaginale
- q) Vulvectomia allargata
- r) Vulvectomia totale

P) OCULISTICA

- a) Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile
- b) Iridocicloretrazione
- c) Trabeculotomia

Q) OTORINOLARINGOIATRIA

- a) Anastomosi e trapianti nervosi
- b) Asportazione di tumori dell'orecchio medio
- c) Asportazione di tumori dell'orecchio medio e del temporale
- d) Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa
- e) Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale
- f) Chirurgia del sacco endolinfatico
- g) Chirurgia della sindrome di Mènière
- h) Chirurgia endoauricolare della vertigine
- i) Distruzione del labirinto
- j) Interventi per otosclerosi
- k) Neurinoma dell'VIII paio

- l) Ricostruzione della catena ossiculare
- m) Sezione del nervo cocleare
- n) Sezione del nervo vestibolare
- o) Timpanoplastica

R) LARINGE

- a) Interventi per paralisi degli abduttori
- b) Laringectomia orizzontale sopraglottica
- c) Laringectomia parziale verticale
- d) Laringectomia ricostruttiva
- e) Laringectomia totale
- f) Laringefaringotomia
- g) Tumori maligni di altre sedi (tonsille, eccetera)
- h) Tumori maligni di altre sedi (tonsille, eccetera) con svuotamento latero-cervicale
- i) Tumori parafaringei

S) TRAPIANTI

- a) Trapianto organi degli apparati:
- b) Circolatorio
- c) Digerente
- d) Respiratorio
- e) Urinario
- f) Trapianto cornea
- g) Trapianti ossei

Allegato 2 – Informativa Trattamento Dati Personali e Reclami

Informativa Trattamento Dati Personali

Sompo si impegna a rispettare tutte le leggi e i regolamenti applicabili in materia di protezione dei dati e privacy, nonché a rispettare i diritti alla privacy e alla protezione dei dati di tutti coloro da cui raccoglie informazioni personali.

Per ulteriori informazioni si invita a consultare l'Informativa Privacy per Richiedenti e Titolari di Polizze Assicurative, disponibile online all'indirizzo <https://www.sompo-intl.com/wp-content/uploads/Privacy-Notice-for-Insurance-Applicants-and-Policyholders-Italian.pdf>.

Informativa Reclami

I reclami devono essere inviati all'Assicuratore per iscritto al seguente indirizzo:

SI Insurance (Europe) SA
Att.ne Ufficio Reclami - Responsabile Compliance
SI Insurance (Europe), SA
40 avenue Monterey, L-2163 Lussemburgo, Granducato di Lussemburgo
e-mail: complaints@sompo-intl.com (con in copia siie@legalmail.it)

Il reclamo deve contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante, una breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela e ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

L'Assicuratore si impegna a rispondere a ogni reclamante senza ritardi ingiustificati, in ogni caso entro 45 giorni dalla data di ricezione del reclamo.

Qualora il reclamante non fosse soddisfatto della risposta fornita dall'Assicuratore o non ricevesse alcuna risposta entro 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) utilizzando i seguenti recapiti:

Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS)
Via del Quirinale 21, 00187 Roma (Italia)
telefono: 800 486661 (dall'Italia) - +39 06 42021 095 (dall'estero)
fax: +39 06 42133 745 oppure +39 06 42133 353
e-mail PEC: ivass@pec.ivass.it

Il reclamo indirizzato ad IVASS deve contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'Assicuratore o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela; copia del reclamo presentato all'Assicuratore e dell'eventuale riscontro fornito dallo stesso rispettivamente nell'ipotesi di mancata risposta nel termine di legge e nell'ipotesi di risposta ritenuta non soddisfacente; ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la presentazione del reclamo ad IVASS può essere utilizzato il modello presente sul sito www.ivass.it nella sezione relativa ai reclami, scaricabile anche al seguente indirizzo https://www.ivass.it/consumatori/reclami/Allegato2_Guida_ai_reclami.pdf.

Alternativamente, essendo l'Assicuratore una società avente sede legale in Lussemburgo, il reclamante potrà rivolgersi alla seguente Autorità lussemburghese competente:

Commissariat aux Assurances
7 boulevard Joseph II, L-1840 Lussemburgo, Granducato di Lussemburgo
fax: +352 22 69 10
e-mail: reclamation@caa.lu
sito web: www.caa.lu

All'indirizzo www.caa.lu/uploads/documents/files/DRER_EN.pdf è disponibile il modulo da compilare per la presentazione del reclamo.

Inoltre, se il reclamante è un Consumatore (cioè una persona fisica che agisce per scopi diversi da quelli professionali), è possibile rivolgersi al seguente Ombudsman assicurativo in Lussemburgo:

Association des Compagnies d'Assurances (ACA)

c/o Médiateur en Assurance

B.P. 448, L-2014 Lussemburgo, Granducato di Lussemburgo

fax: +352 44 02 89

e-mail: mediateur@aca.lu

sito web: <https://www.aca.lu/>

Si ricorda che prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

- Presentare ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet all'indirizzo <http://www.arbitroassicurativo.org>. Consultare il sito per maggiori dettagli sui requisiti di ammissibilità dei ricorsi e sulle modalità di presentazione.
- Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET presentando reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente (individuabile consultando il sito https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it).
- Attivare la procedura di Arbitrato, qualora previsto dalle condizioni di assicurazione.
- Ricorrere alla Negoziazione Assistita tramite richiesta del proprio avvocato all'avvocato dell'Assicuratore.
- Ricorrere alla Mediazione interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile al sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). In materia di contratti assicurativi, la mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale nei confronti dell'assicuratore.