

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

Che tipo di Assicurazione è?

Polizza UNICA BNL assicura i danni derivanti da Infortunio e Malattia. Tutte le Garanzie sono opzionali, tranne la Garanzia Assistenza che è sempre automaticamente abbinata alle Garanzie SPESE MEDICHE, CLINICA PRIVATA, INDENNITÀ e INFORTUNI.



Che cosa è assicurato?

1.SPESE MEDICHE

(I massimali e limiti s'intendono per Assicurato e per Anno Assicurativo. Il limite massimo di indennizzo per tutte le indennità è di 200 giorni).
Prestazioni Ospedaliere In SSN (Servizio Sanitario Nazionale)

Indennità per Ricovero/Day Hospital con/senza Intervento chirurgico in SSN

- ✓ Ricovero con/senza Intervento chirurgico: Indennità di 80 € al giorno
- ✓ Day Hospital con/senza Intervento chirurgico: Indennità di 40 € al giorno

Indennità per Ricovero con Intervento chirurgico su neonati in SSN

- ✓ Ricovero con Intervento chirurgico: Indennità di 80 € al giorno

Pacchetto Pandemia:

- ✓ Indennità per Malattia infettiva a seguito di emergenza sanitaria internazionale (PHEIC):
 - ✓ Ricovero e Terapia Sub Intensiva: Indennità di 80 € al giorno
 - ✓ Ricovero in terapia Intensiva: indennità di 160 € al giorno con un limite massimo: 21 giorni per Sinistro
- ✓ Rimborso ticket per Intervento chirurgico ambulatoriale in SSN: Massimale 2.000 €
- ✓ Rimborso ticket pre e post Ricovero con/senza Intervento chirurgico /Day Hospital con/senza Intervento chirurgico /Intervento chirurgico ambulatoriale: Massimale 2.000 € e con un limite di rimborso pari a: 90 giorni prima e 90 giorni dopo

Prestazioni extra-ospedaliere

- ✓ Alta Specializzazione: Massimale 2.500 €
- ✓ Accertamenti diagnostici: Massimale 500 €
- ✓ Ticket SSN per analisi di laboratorio: Massimale 100 €
- ✓ Visite specialistiche: Massimale 100 € per Visita specialistica (inclusa la Televisita) massimo 4 Visite

2.CLINICA PRIVATA

(I massimali e limiti s'intendono per Assicurato e per Anno Assicurativo)

- ✓ Ricovero/Day Hospital con/senza Intervento chirurgico/Intervento chirurgico ambulatoriale
 - ✓ Massimale Pagamento Diretto e Rimborsuale: in entrambi i casi 250.000 €
 - ✓ Prestazioni pre-Ricovero/Day Hospital e post-Ricovero/Day Hospital: rispettivamente 90 giorni prima e dopo il Ricovero con/senza Intervento chirurgico/Day Hospital con/senza Intervento chirurgico/Intervento chirurgico ambulatoriale
- ✓ Prestazione Parto cesareo e Aborto spontaneo/terapeutico
 - ✓ submassimale Pagamento Diretto e Rimborsuale: in entrambi i casi 2.500 €
 - ✓ Prestazioni pre-Ricovero e post-Ricovero: rispettivamente 90 giorni prima e dopo del Parto cesareo e Aborto spontaneo/terapeutico
- ✓ Parto fisiologico
 - ✓ submassimale Pagamento Diretto e Rimborsuale: in entrambi i casi 1.500 €
 - ✓ Prestazioni pre-Ricovero e post-Ricovero: rispettivamente 90 giorni prima e dopo del Parto fisiologico
- ✓ Neonato
 - ✓ submassimale Pagamento Diretto e Rimborsuale: in entrambi i casi 20.000 € per Evento
 - ✓ Prestazioni pre-Ricovero e post-Ricovero: rispettivamente 90 giorni prima e dopo del Ricovero con Intervento chirurgico, Day Hospital con Intervento chirurgico/Intervento chirurgico ambulatoriale

Malattia Infettiva a seguito di emergenza sanitaria internazionale (PHEIC) - Pacchetto Pandemia:

- ✓ Ricovero e Terapia Sub-intensiva: Indennizzo di € 100 al giorno con un limite massimo: 14 giorni
- ✓ Ricovero in Terapia intensiva: Indennizzo di € 200 al giorno con un limite massimo: 21 giorni

Lipogems (medicina rigenerativa)

- ✓ Prestazione di rigenerazione e/o riparazione del tessuto muscoloscheletrico (legamenti, tendini e / o menisco, epicondilita)
- ✓ Massimale Pagamento Diretto € 3.000

3.INDENNITÀ

- ✓ Indennizzo in caso di Intervento chirurgico/Day Hospital con Intervento chirurgico/Intervento chirurgico ambulatoriale calcolato in base alla Classe di appartenenza dell'intervento chirurgico: Classe I: 1.000 €; Classe II: 3.000 €; Classe III: 10.000 €

4.INFORTUNI

- ✓ Invalidità permanente da Infortunio: massimale pari a 120.000 €
- ✓ Diaria da ricovero a seguito di Infortunio: Indennizzo pari a una Diaria di 50 € a notte con un limite massimo di 30 giorni
- ✓ Diaria da convalescenza a seguito di Infortunio: Indennizzo pari a una Diaria di 50 € per ogni giorno di convalescenza
- ✓ Diaria da gessatura a seguito di Infortunio: Indennizzo pari a una Diaria di 50 € a notte con un limite massimo di 30 giorni

5.DENTAL

- ✓ Prestazioni tabellarizzate di Emergenza Odontoiatrica e Prevenzione Odontoiatrica:
 - ✓ Pagamento Diretto: gratuite per l'Assicurato
 - ✓ Pagamento Rimborsuale: rimborso secondo tabella prevista in Polizza

6.ASSISTENZA

Organizzata in 4 aree di bisogno: Medical Assistance, Temporary Medical Care, Personal Care e Family Care.

Ciascuna area prevede un mix di prestazioni con singoli massimali e limiti temporali.

L'Assicurato ha la possibilità di accedere all'area personale My Cardif per visualizzare la sua Unica BNL CARD, le sue garanzie attive, prenotare un appuntamento presso il network convenzionato, monitorare lo stato di un sinistro e prenotare un teleconsulto.

UNICA BNL CARD

UNICA BNL CARD è la Card Sanitaria di Polizza UNICA BNL che permette di accedere al network di strutture convenzionate, presso le quali i clienti di Polizza UNICA BNL potranno godere di tariffe agevolate e scontistiche dedicate.

Pacchetto Check Up

Il Pacchetto Check-Up viene incluso in caso di acquisto di 2 garanzie di cui almeno una "Spese Mediche" o "Clinica Privata" (nel conteggio delle garanzie non rientra l'Assistenza). Il Pacchetto prevede:

- ✓ Prestazioni UOMO come da Condizioni di Assicurazione una volta per Anno Assicurativo
- ✓ Prestazioni DONNA come da Condizioni di Assicurazione una volta per Anno Assicurativo



Che cosa NON è assicurato?

- ✗ Sono previste limitazioni soggettive legate alla residenza/domicilio del Contraente/Assicurato.
- ✗ Contraente che non ha un conto corrente di Banca Nazionale del Lavoro/Hello Bank!;
- ✗ Assicurato con età superiore ai 69 anni al momento della firma della Proposta di Polizza;
- ✗ Numero di Assicurati per Polizza superiore a 6;
- ✗ Le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V e sindromi correlate con o senza AIDS;
- ✗ relativamente alla Garanzia Infortuni non sono assicurabili soggetti con un'invalidità superiore al 35%;
- ✗ Nucleo familiare diverso da quello definito in Polizza, ovvero: Persone fisiche facenti parte del medesimo Stato di Famiglia purché siano i coniugi, i conviventi di fatto, gli uniti civilmente, nonché i relativi figli di ciascuno di essi e i fratelli, per un massimo di 6 (sei) persone all'interno dello stesso nucleo. Anche se non facenti parte del medesimo Stato di Famiglia, sono assicurabili i figli non conviventi, fiscalmente e non fiscalmente a carico. La regola dell'appartenenza al medesimo Nucleo Familiare non si applica nel caso in cui il Contraente sia una Persona Giuridica che vuole assicurare i propri Dipendenti. Resta fermo il limite massimo di 6 persone assicurabili per Polizza.



Ci sono limiti di copertura?

Ogni Garanzia può essere sottoposta a esclusioni, franchigie, limiti di indennizzo e termini di Carenza.

Principali esclusioni relative alle Garanzie SPESE MEDICHE, CLINICA PRIVATA e INDENNITÀ

- ! i trattamenti e le prestazioni effettuate e/o fatturate successivamente al termine dell'efficacia delle Garanzie;
- ! le degenze per finalità di Lungodegenza, soggiorno, Convalescenza o di terapie termali, ancorché nell'ambito di Istituto di Cura;
- ! le spese relative a vaccini, prestazioni in genere aventi finalità di prevenzione, check-up, screening o controllo periodico diversi dalle prestazioni incluse nel Pacchetto Check-Up come previsto ai sensi delle Condizioni di Polizza UNICA BNL.

Principali esclusioni relative alla Garanzia INFORTUNI

L'Assicurazione non è operante per i Sinistri occorsi nello svolgimento delle seguenti Attività professionali:

- ! manipolazione di esplosivi o materiale pirotecnico; trasporto di esplosivi o materiale pirotecnico; lavoro che preveda il trattamento di materiale radioattivo; lavoro presso raffinerie;
- ! detenzione, uso o manipolazione di armi;
- ! lavoro in corpi militari, di polizia e vigili del fuoco, limitatamente ai servizi esterni non d'ufficio; esercitazioni, incarichi o missioni effettuati a seguito di richiamo dal congedo.

Principali esclusioni relative alla Garanzia DENTAL

- ! i trattamenti e le Prestazioni odontoiatriche non effettuati da medici odontoiatri professionisti regolarmente iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;

- ! i trattamenti e le Prestazioni effettuati e/o fatturati successivamente al termine dell'efficacia delle Prestazioni;
- ! tutte le Prestazioni ed i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della Data di Decorrenza della Polizza o durante il periodo di Carenza.

Principali esclusioni relative alla Garanzia ASSISTENZA

- ! alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- ! guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, insurrezioni, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- ! dolo dell'Assicurato o colpa grave.



Dove vale la copertura?

- ✓ Per le Garanzie SPESE MEDICHE, CLINICA PRIVATA, INDENNITÀ, INFORTUNI e DENTAL in tutto il mondo senza limiti territoriali;
- ✓ Per la Garanzia ASSISTENZA si rinvia alle singole Prestazioni, che sono operanti in tutto il mondo, salvo singole limitazioni territoriali.

Salvo il caso di "pericolo di vita", la Garanzia Assistenza non copre gli Eventi che colpiscono Assicurati designati terroristi o sottoposti a misure nazionali, internazionali, dell'Unione Europea o statunitense e non opera in Paesi sottoposti a misure di embargo totale e/o verso Paesi Major Sanctioned Countries & Region (anche "MSC & Region") ad oggi Cuba, Iran, Nord Corea, Siria e Regione Crimea/Sebastopoli, Donetsk e Luhanske Venezuela.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto devi compilare e sottoscrivere il Questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze assicurative, il Modulo di Polizza e se necessario il Questionario Sanitario, prestando molta attenzione a quanto riportato nella modulistica. Al momento della sottoscrizione del contratto, hai il dovere di rendere dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, soprattutto sul tuo stato di salute. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze possono influire sulla valutazione del rischio e comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennità, o persino la cessazione dell'Assicurazione. È necessario comunicare alla Compagnia eventuali trasferimenti di residenza/domicilio fuori dall'Italia. Hai l'obbligo di comunicare alla Compagnia se hai perso nel corso della durata dell'Assicurazione, uno o più requisiti che devono permanere ai sensi di Polizza.

In caso di Malattia, Infortunio o parto, se scegli di usufruire di una struttura o di un medico convenzionato con la Struttura Operativa della Compagnia, devi contattare preventivamente la Struttura Operativa.

Se invece scegli di usufruire di una struttura o di un medico non convenzionato con la Struttura Operativa della Compagnia, devi chiedere il rimborso delle spese che hai anticipato, presentando la documentazione richiesta. Se invece hai scelto di ricorrere al Servizio Sanitario Nazionale o a strutture con esso convenzionate, devi presentare la documentazione medica e la Cartella Clinica e chiedere l'erogazione dell'indennità sostitutiva ed il rimborso delle spese sostenute prima e dopo il Ricovero stesso. Per usufruire dei servizi di Assistenza, devi contattare la Struttura Organizzativa.

In caso di Sinistro devi comunicare alla Compagnia l'accaduto nei tempi e modi dalla stessa indicati, consegnare tutta la documentazione necessaria e attenerti alle eventuali ulteriori indicazioni fornite.

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Cardif, fornire alla stessa ogni informazione attinente e produrre la documentazione medica del caso. Inoltre l'Assicurato e, se del caso, i suoi familiari devono consentire la visita dei medici incaricati da Cardif e qualsiasi indagine o accertamento che siano ritenuti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso. In tutti i casi la spesa relativa alla documentazione medica o referti di esami strumentali che l'Assicurato deve produrre resta a suo carico, mentre sono a carico di Cardif eventuali visite medico-legali richieste presso un proprio fiduciario e o accertamenti da questa disposti per verificare la fondatezza delle informazioni allo stesso comunicate. Hai l'obbligo di dare comunicazione scritta a Cardif di ogni aggravamento o diminuzione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati da Cardif possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.



Quando e come devo pagare?

Il Premio è annuo e anticipato. Il Contraente può optare per un pagamento in un'unica soluzione oppure dividere il Premio mensilmente; tale scelta è modificabile anche nel corso dell'Assicurazione. Il pagamento del Premio avviene mediante autorizzazione, per tutta la durata del contratto, all'addebito in conto corrente intrattenuto esclusivamente presso una delle filiali di Banca Nazionale del Lavoro o Hello Bank!. Il pagamento effettuato secondo tale modalità costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza del pagamento del Premio dovuto.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione decorre dalle ore 24:00 del giorno indicato nella Lettera di Conferma, fatto salvo l'eventuale termine di Carenza e se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti, se alle scadenze convenute il Contraente non paga i Premi successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza della rata non pagata e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento; resta inteso che al momento della riattivazione dell'Assicurazione verranno addebitati i Premi relativi al periodo di sospensione, ferme le successive scadenze.

L'Assicurazione cessa in caso di:

- decesso del Contraente;
- sopravvenienza delle seguenti affezioni dell'Assicurato: alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V e sindromi correlate con o senza AIDS;

- perdita dei requisiti di residenza e domicilio del Contraente/Assicurato;
- esercizio del diritto di ripensamento da parte del Contraente o del diritto di recesso da parte della Compagnia;
- disdetta alla scadenza annuale del Contraente;
- aggravamenti del rischio non noti o non accettati dalla Compagnia;
- compimento da parte dell'Assicurato del 75° anno di età; se ciò avviene durante il periodo di validità del contratto a seguito di tacito rinnovo, la copertura assicurativa cessa alla prima scadenza annuale successiva.



Come posso disdire la Polizza?

La disdetta potrà essere effettuata dal Contraente tramite e-mail, raccomandata A/R o fax. In mancanza di disdetta, da comunicarsi tra le Parti almeno 30 giorni prima della scadenza annuale, l'Assicurazione si rinnova per un ulteriore anno e così di seguito.

Polizza Salute



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

Cardif Assurances Risques Divers

Prodotto: UNICA BNL

Edizione Marzo 2025 (ultima edizione disponibile)

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, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Cardif Assurances Risques Divers S.A., con sede sociale in Francia a Parigi - 1, boulevard Haussman 75009, Registro commercio Parigi B 308 896 574, soggetta all'autorità di vigilanza del mercato francese Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Operante in regime di stabilimento tramite la Rappresentanza Generale per l'Italia avente sede in Milano Piazza Lina Bo Bardi n. 3, cap 20124, iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero I.00011 e autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D. M. del 27.02.1989; P.I., C.F. e numero iscrizione del Registro delle Imprese di Milano 08916500153; tel. 02.77224.1; sito internet: www.bnpparibascardif.it email: servizioclienti@cardif.com; pec: cardifrd@pec.cardif.it

Cardif Assurances Risques Divers ha un Patrimonio Netto pari a 332,066 Milioni di Euro di cui 21,602 Milioni di Euro è il Capitale Sociale e 310,464 Milioni di Euro è il totale delle Riserve Patrimoniali.

L'indice di solvibilità Solvency II è pari a 140% e rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili (pari a 628 Milioni di Euro) e il Requisito Patrimoniale di Solvibilità dell'Azienda richiesto dalla normativa vigente (pari a 448 Milioni di Euro) come indicato nella Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria dell'Impresa (SFCR) disponibile al seguente link: <https://www.bnpparibascardif.com/documents/583427/1161606/2018+-+SFCR+Cardif+Assurances+Risques+Divers.pdf>

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

L'impegno dell'Impresa è rapportato ai Massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente.

1. SPESE MEDICHE

La garanzia consente all'Assicurato di ottenere, per le Prestazioni mediche e specialistiche di cui ha usufruito, il rimborso delle spese sostenute in caso di Prestazioni extra-ospedaliere, Intervento chirurgico ambulatoriale, spese prima e dopo Prestazioni ospedaliere oppure il pagamento di una Indennità giornaliera. La garanzia prevede anche una indennità giornaliera in caso di Malattia Infettiva a seguito di emergenza sanitaria internazionale (PHEIC) - Pacchetto Pandemia. Per le Prestazioni extra-ospedaliere l'Assicurato può optare per il Pagamento Diretto o per il Pagamento Rimborsuale. Per gli Interventi chirurgici ambulatoriali viene rimborsato il Ticket sanitario.

2. CLINICA PRIVATA

La Garanzia consente all'Assicurato di ottenere il rimborso delle spese sostenute per le Prestazioni mediche e sanitarie di cui ha usufruito privatamente. L'Assicurato può optare per il Pagamento Diretto o per il Pagamento Rimborsuale. È inclusa anche un'indennità giornaliera riconosciuta in caso di Malattia infettiva a seguito di emergenza sanitaria internazionale (PHEIC) - Pacchetto Pandemia, e Lipogems (medicina rigenerativa).

3. INDENNITÀ

La Garanzia consente all'Assicurato di ricevere una Indennità qualora sia stato sottoposto ad un Intervento chirurgico incluso tra quelli previsti nell'Allegato 1 "Classificazione degli interventi chirurgici in classi".

4. INFORTUNI

La garanzia consente all'Assicurato di ricevere una Indennità in caso di un Infortunio dal quale abbia riportato una Invalidità Permanente, nonché una diaria in caso di Ricovero, Convalescenza o Gessatura.

5. DENTAL

La Garanzia copre le spese relative alle Prestazioni odontoiatriche previste nelle Condizioni di Assicurazione ricevute dall'Assicurato a seguito di Emergenza odontoiatrica, nonché le spese di Prevenzione odontoiatrica anch'esse previste dalle Condizioni di Assicurazione. L'Assicurato può optare per il Pagamento Diretto o per il Pagamento Rimborsuale.

6. ASSISTENZA

All'attivazione di una o più garanzie di cui ai precedenti punti da 1 a 4 (con esclusione quindi del caso di acquisto della sola Garanzia DENTAL) viene sempre automaticamente abbinata l'attivazione della Garanzia Assistenza. La Garanzia consente all'Assicurato e alla sua famiglia di avere a disposizione una serie di Prestazioni di Assistenza, consistenti in un immediato aiuto in

caso situazioni di particolare difficoltà, anche in viaggio ed anche in caso di Ricovero. All'interno dell'area personale My Cardif è possibile visualizzare la Unica BNL CARD, le garanzie attive, prenotare un appuntamento presso il network convenzionato, monitorare lo stato di un sinistro e prenotare un teleconsulto.

UNICA BNL CARD

La Card è inclusa gratuitamente nella Polizza UNICA BNL purché in corso di validità ed è valida per tutti gli Assicurati indicati all'interno della Proposta di Polizza.

Pacchetto Check Up

Il Pacchetto Check-Up è incluso in caso di acquisto di 2 garanzie di cui almeno una "Spese Mediche" o "Clinica Privata" (nel conteggio delle garanzie non rientra l'Assistenza).

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Riduzione del Premio	Nei seguenti casi la Compagnia riconosce al Contraente i seguenti sconti: • Sconto numero Assicurati all'interno della stessa Polizza Al Premio imponibile relativo a ciascun Assicurato (diverso dal più anziano) inserito in copertura verrà applicato uno sconto pari al 50%; • Sconto numero Garanzie Qualora si opti per l'attivazione di più Garanzie, la Compagnia riconosce al Contraente uno sconto sul Premio imponibile che va dal 10% al 25%, in base al numero di garanzie aggiunte. La Garanzia Assistenza non concorre al calcolo del numero delle Garanzie attivate.
-----------------------------	--

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Premio aggiuntivo	Non sono previste opzioni di Premio aggiuntivo.
--------------------------	---



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	• Il Contraente, qualora persona fisica, che non ha la propria residenza ed il domicilio in Italia; il Contraente, qualora persona giuridica, che non ha sede legale in Italia; • L'Assicurato che non ha il proprio domicilio e la residenza abituale in Italia; • Il Contraente persona fisica, oppure il suo Titolare Effettivo qualora sia una persona giuridica, o gli Assicurati che fanno parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC – Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov); • Il Titolare Effettivo del Contraente, in caso esso sia una persona giuridica, residente o domiciliato in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America; • Il Contraente che intrattiene rapporti economici o commerciali, diretti o indiretti, con persone fisiche residenti/domiciliati nei Paesi MSC & Region, che ad oggi sono Siria, Cuba, Iran, Nord Corea e Regione Crimea/Sebastopoli, Donetsk e Luhansk oppure con persone giuridiche aventi sede negli stessi Stati o loro società/entità controllate o partecipate; • Relativamente alle garanzie SPESE MEDICHE, CLINICA PRIVATA e INDENNITÀ, sono escluse le Prestazioni Sanitarie rese necessarie da: ◦ Malattie preesistenti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché relative complicanze, conseguenze (dirette e indirette); ◦ Infortuni occorsi precedentemente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché relative conseguenze (dirette o indirette), postumi e complicanze.
-----------------------	--



Ci sono limiti di copertura?

SPESE MEDICHE

Prestazioni ospedaliere in SSN

Prestazione	Scoperto / Franchigia
Indennità per Ricovero con/senza Intervento chirurgico o Day Hospital con/senza Intervento chirurgico in SSN	Nessuno
Indennità per Ricovero e Terapia Sub Intensiva per Malattia Infettiva a seguito di emergenza sanitaria internazionale (PHEIC) – Pacchetto Pandemia	Nessuno
Indennità per Ricovero in Terapia Intensiva per Malattia Infettiva a seguito di emergenza sanitaria internazionale (PHEIC) - Pacchetto Pandemia	Nessuno

Prestazione	Scoperto / Franchigia
Indennità per Ricovero con Intervento chirurgico su neonati in SSN	Nessuno
Rimborso ticket per Intervento chirurgico ambulatoriale in SSN	Nessuno
Rimborso ticket pre e post - Ricovero con/senza Intervento chirurgico, Day Hospital con/senza Intervento chirurgico o Intervento chirurgico ambulatoriale	Nessuno

Prestazioni extra-ospedaliere

Prestazione	Scoperto / Franchigia
Alta Specializzazione	Pagamento diretto: Scoperto 20% minimo 25 €; Pagamento Rimborsuale: Scoperto 20% minimo 50 €; Ticket SSN: nessuno
Accertamenti diagnostici (esclusi accertamenti di Alta Specializzazione e le analisi di laboratorio)	Pagamento diretto: Scoperto 20% minimo 25 €; Pagamento Rimborsuale: Scoperto 20% minimo 50 €; Ticket SSN: nessuno
Ticket SSN per analisi di laboratorio	Nessuno
Visite specialistiche (inclusa la Televisita)	Pagamento Diretto o Rimborsuale: Scoperto 20%, Ticket SSN: nessuno
Pacchetto Check-Up (qualora previsto)	Prestazioni Check-Up Donna e Uomo: nessuno

CLINICA PRIVATA

Ricovero, Day Hospital con o senza Intervento chirurgico e Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione	Scoperto / Franchigia
Ricovero con/senza Intervento chirurgico	Pagamento Diretto: nessuno Pagamento; Rimborsuale: Scoperto 20% minimo 1.000 €
Day Hospital con Intervento chirurgico	Pagamento Diretto: Franchigia 200 €; Pagamento Rimborsuale: Scoperto 20% minimo 1.000 €
Day Hospital senza Intervento chirurgico	Pagamento Diretto: Franchigia 200 €; Pagamento Rimborsuale: Scoperto 20% minimo 1.000 €
Intervento chirurgico ambulatoriale	Pagamento Diretto: Franchigia 200 €; Pagamento Rimborsuale: Scoperto 20% minimo 1.000 €
Parto cesareo e Aborto spontaneo o Aborto terapeutico	Nessuno
Parto fisiologico	Nessuno
Neonato	Nessuno
Malattia infettiva a seguito di emergenza sanitaria internazionale (PHEIC) - Pacchetto Pandemia	Indennizzo per Ricovero, Ricovero in Terapia Sub-intensiva e in Terapia Intensiva: nessuno
Pacchetto Check-Up (qualora previsto)	Prestazioni Check-Up Donna e Uomo: nessuno
Lipogems (medicina rigenerativa)	Scoperto 20%

INFORTUNI

La garanzia Invalidità permanente prevede la seguente Franchigia:

Invalidità Permanente accertata	da 1% a 5%	6%	7%	8%	9%	10%	11%	12%	13%	14%	15%	16%	17%	18%	19%	da 20% a 40%
Indennizzo	nessuno	1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%	11%	12%	13%	14%	Pari alla % di IP accertata

Invalidità Permanente accertata	41%	42%	43%	44%	45%	46%	47%	48%	49%	50%	51%	52%	53%	54%	55%	56%	57%	58%	59%	da 60% a 100%
Indennizzo	43%	46%	49%	52%	55%	58%	61%	64%	67%	70%	73%	76%	79%	82%	85%	88%	91%	94%	97%	100%

In aggiunta a quanto indicato nel Dip Danni, per le Garanzie SPESE MEDICHE, CLINICA PRIVATA e INDENNITÀ sono presenti le seguenti esclusioni:

- le spese relative a prestazioni di agopuntura, logopedia;
- le spese relative a prestazioni sanitarie di qualsiasi natura, non corredate dall'indicazione della Malattia, sia essa sospetta o

- accertata, nonché quelle effettuate per motivi di sola familiarità o per predisposizione genetica. Sono esclusi test genetici;
- le spese sostenute presso strutture diverse da Istituti di Cura e Centri medici;
 - le prestazioni effettuate da medici o professionisti sanitari non iscritti al relativo Albo professionale, ad eccezione dell'Assistenza infermieristica e i Trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
 - le spese oltre il limite e i Massimali indicati e quanto non espressamente indicato;
 - i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di Medicina alternativa o complementare o non convenzionale e Sperimentale;
 - qualsiasi Malattia che sia correlata direttamente o indirettamente all'H.I.V., nonché le Malattie sessualmente trasmesse;
 - gli Infortuni, le Malattie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
 - gli Infortuni subiti: in stato di ebbrezza (come definito dal Codice della Strada) o di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o conseguenti ad atti o delitti dolosi, compiuti oppure tentati dall'Assicurato;
 - le prestazioni necessarie a seguito di lesioni autoinflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o legittima difesa;
 - gli Infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
 - gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport, anche se svolti a carattere ricreativo: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove);
 - gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
 - le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezione, tumulto popolare, aggressione o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
 - le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
 - le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
 - le applicazioni di carattere estetico;
 - - anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
 - a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza;
 - a seguito di Interventi chirurgici demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna; i trattamenti e gli Interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici), salvo che siano effettuati, a scopo ricostruttivo;
 - i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di Malattie mentali e i disturbi psichici in genere. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;
 - l'interruzione volontaria della gravidanza, diversa da Aborto terapeutico;
 - le cure e gli accertamenti odontoiatrici, le protesi dentarie e le cure ortodontiche rese necessarie a seguito di Malattia o Infortunio; le cure ed Interventi chirurgici per l'eliminazione o correzione di Difetti fisici o Malformazioni preesistenti alla Data di Decorrenza della Polizza, nonché le Malattie ad esse correlate;
 - le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli Interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
 - la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
 - i disturbi alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria da questi disturbi, gli Interventi di Chirurgia Bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
 - protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi impiantate in caso di Ricovero e Day Hospital con Intervento chirurgico;
 - i trattamenti e le prestazioni non necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia od Infortunio;
 - le spese per lenti ed occhiali;
 - le spese di viaggio e dell'accompagnatore;
 - i Ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (Ricoveri Impropri).

INFORTUNI

In aggiunta a quanto indicato nel Dip Danni l'Assicurazione non è operante per i Sinistri occorsi nello svolgimento delle seguenti Attività professionali:

- lavoro ad altezze superiori a 10 metri; attività di demolizione di edifici; lavori nel sottosuolo (es. cave, miniere, pozzi, gallerie, cisterne, serbatoi, ecc.), attività speleologica; lavori su piattaforme offshore o in alto mare in genere; attività subacquee (es. palombaro, sommozzatore);
- attività circensi, attività acrobatiche e di collaudo di mezzi a motore; attori e ballerini;
- lavoro di guida di alta montagna;
- attività sportiva (gare, prove e relativi allenamenti). Sono invece comprese le attività sportive agonistiche e le attività sportive del tempo libero ad eccezione di quelle elencate nei punti precedenti.

Sono inoltre esclusi:

- Infortuni già verificatisi alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;

- gli infortuni conseguenti a atti o delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- Sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata e non, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, l'occupazione militare e l'invasione;
- Sinistri che siano diretta conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine per motivi non terapeutici o dello stato di ebbrezza;
- Sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di velivolo:
 - non in qualità di passeggero;
 - non di voli di linea regolari, esercitato ad esempio da aeroclub o società private di lavoro aereo;
- Sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o radioattività, comunque sviluppatasi;
- Sinistri derivanti da sostanze biologiche, chimiche o energia nucleare, utilizzate per finalità di terrorismo;
- Sinistri conseguenti alla guida di veicoli o natanti a motore senza la prescritta abilitazione alla guida, salvo il caso di guida con patente scaduta, qualora l'Assicurato possa dimostrare di essere stato, al momento dell'Infortunio, in possesso dei requisiti per il rinnovo;
- Infortuni subiti nella pratica di gare, e relative prove/ allenamenti, di sci alpino, snowboard, calcio, ciclismo, equitazione, svolte sotto l'Egida delle competenti Federazioni, da parte di Assicurati ad esse tesserati, salvo che per il caso di Invalidità permanente di grado almeno pari al 20%;
- pratica sportiva delle seguenti discipline, anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai, di grado superiore al terzo della scala UIAA; arti marziali in genere; atletica pesante; bob; body building; bungee jumping; canyoning, (torrentismo); downhill bike; football americano; freeclimbing; hockey su ghiaccio o a rotelle; hydrospeed; immersioni con o senza autorespiratore; jet-ski; kite-surfing; lotta nelle sue varie forme; pugilato; rafting; regate o traversate in alto mare in solitaria; rugby; salto con sci o idrosci; sci d'acqua; sci o snowboard al di fuori di comprensori/stazioni sciistiche con impianti di risalita; skeleton; slittino; parkour; spedizioni esplorative; speleologia;
- pratica di sport aerei in genere e del volo di diporto e sportivo (es. ultraleggeri, paracadutismo, deltaplano, parapendio, volo a vela);
- partecipazione, anche come passeggero, a gare, corse, esibizioni di velocità o su pista, e relative prove, allenamenti, con qualsiasi mezzo o natante a motore, salvo si tratti di regolarità pura;
- Infortuni che siano diretta conseguenza di stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- Interventi chirurgici, accertamenti o cure mediche.

DENTAL

In aggiunta a quanto indicato nel Dip Danni, per la Garanzia Dental sono presenti le seguenti esclusioni:

- cura o trattamento medico odontoiatrico che non corrisponde alla definizione di Emergenza odontoiatrica o Prevenzione odontoiatrica;
- le Prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
- estrazioni di denti decidui (da latte);
- le conseguenze di atti violenti o aggressioni in cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- stati patologici correlati direttamente o indirettamente all'H.I.V. e a qualsiasi Malattia che abbia relazione con l'H.I.V.;
- Interventi chirurgici che richiedano anestesia generale o sedazione totale;
- trattamenti ortodontici, anche se associati alla chirurgia ortognatica, sia che precedano o seguano l'Intervento chirurgico;
- Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le Malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni
- il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli Infortuni conseguenti a atti, o delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato; imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, eventi atmosferici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

ASSISTENZA

In aggiunta a quanto indicato nel Dip Danni, per la Garanzia Assistenza sono presenti le seguenti esclusioni:

- gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove e allenamenti;
- pratica delle seguenti attività anche se svolte a carattere ricreativo: sports aerei in genere, guida ed uso di deltaplani ed altri tipi di veicoli aerei ultraleggeri, paracadutismo, parapendio ed assimilabili, guidoslitta, bob, sci acrobatico, salti dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, arrampicata libera (free climbing), Kite-surfing, immersioni con autorespiratore, sports comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, pugilato, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, atletica pesante, rugby, football americano, speleologia, atti di temerarietà;
- Infortuni sofferti in conseguenza di Attività sportiva professionale, comunque non dilettantistiche (comprese gare, prove ed

allenamenti);

- Malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;
- Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniacodepressive e relative conseguenze/complicanze;
- Malattie preesistenti;
- espianto e/o trapianto di organi;
- abuso di alcolici o psicofarmaci nonché uso di stupefacenti e di allucinogeni;
- tutto quanto non è espressamente indicato nelle singole Prestazioni.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro:

In caso di Sinistro, l'Assicurato o chi per esso dovrà contattare, tempestivamente o non appena ne ha la possibilità, i seguenti numeri:

SERVIZIO CLIENTI

numero verde 800 900 515 (dall'Italia)
numero nero +39 02 7722 4551 (dall'estero)

I Sinistri relativi alle garanzie **SPESE MEDICHE, CLINICA PRIVATA, INDENNITÀ e INFORTUNI** possono anche essere denunciati per iscritto alla Compagnia a mezzo e-mail, posta o fax ai seguenti recapiti:

Cardif c/o My Assistance Srl
Via Raimondo Montecuccoli, 20/1
20146 Milano
sinistri.cardif@myassistance.it

Fax 02 871819753

I Sinistri relativi alla garanzia **DENTAL** possono anche essere denunciati per iscritto alla Compagnia ai seguenti recapiti:

Cardif c/o My Assistance Srl
Via Raimondo Montecuccoli, 20/1
20146 Milano
dental.cardif@myassistance.it

Fax 02 871819753

Ai fini della liquidazione dei Sinistri, l'Assicurato dovrà fornire a Cardif:

- Copia della carta di identità
- Copia dello Stato di Famiglia
- IBAN cui bonificare l'importo da pagare ai sensi della Prestazione interessata dal Sinistro
- La documentazione prevista dalle Condizioni di Assicurazione nonché ogni altra documentazione necessaria e sufficiente a verificare il diritto all'Indennizzo.

Relativamente alle Garanzie **SPESE MEDICHE (solo in caso di extra-ospedaliere), CLINICA PRIVATA e DENTAL**, l'Assicurato ha la possibilità di richiedere il Pagamento Diretto oppure il Pagamento Rimborsuale.

Pagamento Diretto:

Per accedere alle Prestazioni con Pagamento Diretto, con erogazione quindi delle Prestazioni sanitarie da parte del Network Sanitario Convenzionato, l'Assicurato deve sempre preventivamente contattare il Servizio Clienti inviando la seguente documentazione:

1. in caso di Prestazione extra-ospedaliera prescrizione compilata dal medico di base o dallo specialista che specifichi:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la Prestazione;
- patologia accertata o presunta;
- data d'insorgenza della patologia o dei disturbi che rendono necessarie le Prestazioni;
- tipo di Prestazione da eseguire (es. vista ortopedica, ecografia addome completo etc.).

2. in caso di Prestazione ospedaliera compilata dal medico di base o dallo specialista che specifichi:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la Prestazione;
- patologia accertata o presunta;
- data d'insorgenza della patologia o dei disturbi che rendono necessarie le Prestazioni;
- regime in cui verrà eseguita la Prestazione (es. Ricovero, Day Hospital, Intervento chirurgico ambulatoriale):

1. se con Intervento chirurgico: dovrà essere riportato l'intervento chirurgico da eseguire oppure;
2. se senza Intervento chirurgico, dovrà essere riportato l'iter diagnostico e terapeutico;

	3. per i soli Interventi chirurgici ambulatoriali di asportazione, dovrà essere specificato il tipo di lesione, la sede e le dimensioni; 3. referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio, in caso di Prestazione resa necessaria da Infortunio. La Struttura Operativa si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario, ai fini della valutazione dell'autorizzazione alla prestazione diretta. PACCHETTO CHECK-UP - Modalità di accesso al servizio Nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, è possibile usufruire del servizio contattando preventivamente il Servizio Clienti ai seguenti recapiti numero verde 800 900 515 (dall'Italia) numero nero +39 02 7722 4551(dall'estero)
	Gestione da parte di altre imprese: I Sinistri relativi alla garanzia ASSISTENZA sono gestiti dalla Struttura Organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A. con Sede legale in Via del Mulino, 4 - 20057 Assago, costituita da medici, tecnici e operatori specializzati, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.
	Prescrizione: I diritti derivanti dalla Polizza si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il Sinistro.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o reticenti, relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
Obblighi dell'impresa	Cardif si impegna a liquidare il Sinistro entro 30 giorni dalla data di ricezione di tutta la documentazione prevista, comprese le eventuali successive integrazioni.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il Premio è indicato nella Proposta di Polizza e comprende l'imposta di Assicurazione. Il Premio può essere corrisposto annualmente o con frazionamento mensile.
Rimborso	Il rimborso del Premio avviene al netto delle imposte nei seguenti casi: • perdita dei requisiti di assicurabilità; • esercizio del diritto di ripensamento del Contraente.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	La Polizza ha durata annuale ed è stipulata con la clausola del tacito rinnovo. Relativamente alle garanzie SPESE MEDICHE, CLINICA PRIVATA e INDENNITÀ la copertura assicurativa sarà operante ed effettiva: a) per gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione; b) per le Malattie della garanzia SPESE MEDICHE e CLINICA PRIVATA: • "Prestazioni ospedaliere" dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione; • "Prestazioni extra-ospedaliere" dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione. c) per il parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione; d) per le conseguenze di Malattie insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula del contratto, sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipula: dal 180° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione; e) per le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e per l'Aborto spontaneo o terapeutico: dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione stessa; f) per Malattia Infettiva a seguito di emergenza sanitaria internazionale (PHEIC) - Pacchetto Pandemia: dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza g) per il Pacchetto Check-Up: dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza. h) per Lipogems: dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza. i) relativamente alla garanzia INDENNITÀ la copertura assicurativa sarà operante ed effettiva dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione. Relativamente alla garanzia DENTAL la copertura assicurativa sarà operante ed effettiva: a) per le Prestazioni di Emergenza odontoiatrica dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;

	b) per le Prestazioni di Prevenzione odontoiatrica: dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione. Relativamente alla garanzia ASSISTENZA la copertura assicurativa sarà operante dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione. Trascorsi i suddetti termini di Carenza, se l'Assicurato richiederà Prestazioni Sanitarie per Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami clinici per la prima volta durante il termine di Carenza, se coperte ai termini di Polizza, la Compagnia le rimborserà secondo le modalità prevista dalle Condizioni di Assicurazione.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le Garanzie.

 Come posso disdire la Polizza?	
Ripensamento dopo la sottoscrizione	Puoi recedere dall'Assicurazione entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza compilando l'apposito modulo disponibile presso le Filiali BNL ovvero dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata AR, fax o tramite email ai seguenti recapiti: Cardif – Back Office Protezione – Post Vendita Casella Postale 231 20123 Milano (MI) Fax: 02 30329809 email: lineapersone@cardif.com Cardif provvede alla restituzione del Premio versato al netto delle imposte al Contraente entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione che consente il rimborso. Il ripensamento determina la cessazione delle coperture assicurative dalla Data di Decorrenza, precludendo pertanto all'origine il decorso e l'efficacia delle coperture offerte dalla Compagnia, la quale non sarà tenuta a corrispondere alcun Indennizzo per i fatti occorsi fino al momento del recesso. La denuncia di Sinistro, in pendenza del termine di ripensamento, implica la rinuncia al diritto medesimo.
Risoluzione	Cardif può esercitare formale disdetta dal contratto a mezzo lettera raccomandata A/R da inviarsi entro 30 giorni dalla scadenza annuale all'indirizzo indicato dal Contraente sulla Proposta di Polizza (o altro diverso indirizzo comunicato a Cardif durante la durata del Contratto). Cardif può inoltre recedere dall'Assicurazione se l'Assicurato entra a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Il prodotto è dedicato a tutti i clienti persone fisiche e persone giuridiche con un conto corrente presso Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. o Hello Bank! interessati ad una copertura assicurativa che copra in caso di Infortunio e/o Malattia, fino ad un massimo di 6 soggetti Assicurati tutti appartenenti al medesimo Nucleo Familiare come definito nel Glossario, da uno o più dei seguenti rischi scelti: Infortunio e/o Malattia, Ricovero Ospedaliero e/o per Interventi chirurgici e/o di Cure Dentarie e Assistenza. Nel caso in cui il Contraente sia una Persona Giuridica che vuole assicurare i propri Dipendenti, resta fermo il limite massimo di 6 persone assicurabili per Polizza.	

 Quali costi devo sostenere?	
Costi di intermediazione • 30% del Premio netto versato per l'Assicurato più anziano • 25% del Premio netto versato per gli altri Assicurati inclusi nella stessa Polizza	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	È possibile presentare reclamo a Cardif per iscritto, mediante posta, a mezzo telefax o e-mail all'Ufficio Reclami della Compagnia, al seguente recapito: Cardif – Ufficio Reclami Piazza Lina Bo Bardi, 3 - 20124 Milano e-mail: reclami@cardif.com fax 02 7722 4265 È possibile inoltrare reclamo anche utilizzando il web-form presente sul sito internet della Compagnia www.bnpparibascardif.it. La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

All'IVASS	Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro ad opera della Compagnia nel termine sopraindicato, potrà rivolgersi all'IVASS a mezzo PEC, posta o fax direttamente all'IVASS: IVASS - Servizio tutela del consumatore Via del Quirinale 21 - 00187 Roma ivass@pec.ivass.it fax 06 4213 3206 Per la stesura del reclamo presentato all'IVASS è possibile utilizzare il modello disponibile sul sito www.ivass.it e sul sito della Compagnia www.bnpparibascardif.it nella sezione dedicata ai reclami. L'autorità di vigilanza del paese di origine della Compagnia è ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), alla quale è possibile inviare il reclamo seguendo le indicazioni del sito: http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-la-clientele/comment-contacter-lacpr.html
------------------	---

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):

Mediazione (Obbligatoria)	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 (Facoltativa)	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un collegio arbitrale composto da tre medici. I membri del collegio arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il collegio. Il Collegio Arbitrale risiede e si riunirà nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato. - Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente - individuabile sul sito https://ec.europa.eu/info/fin-net_en - chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

POLIZZA UNICA BNL

PROTEZIONE SALUTE
Mod.SNFBNL0325

Edizione 03/2025

*La copertura assicurativa è facoltativa. Prima della sottoscrizione leggere attentamente
le Condizioni di Assicurazione redatte secondo le Linee guida del Tavolo tecnico di lavoro "Contratti Semplici e Chiari"*

Modello SNFBNL0325



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

Indice

La Polizza in sintesi	1 di 3
Condizioni di Assicurazione	1 di 74
Glossario	1 di 74
Norme che regolano le Garanzie Assicurative	6 di 74
Art. 1. Cosa e chi copre l'Assicurazione?	6 di 74
Art. 2. Chi si può assicurare?	7 di 74
Art. 3. A quali condizioni operano le Garanzie Assicurative?	7 di 74
Art. 4. Come sottoscrivere l'Assicurazione?	9 di 74
Art. 5. Quali sono le prestazioni delle Garanzie Assicurative?	10 di 74
Art. 6. Quali eventi sono esclusi dalle Garanzie Assicurative?	35 di 74
Art. 7. Quanto durano le Garanzie Assicurative?	39 di 74
Art. 8. Chi è il beneficiario delle Garanzie Assicurative?	41 di 74
Art. 9. Come si calcola e come si paga il Premio?	41 di 74
Art. 10. Cosa succede in caso di modifica del Premio e delle Condizioni di Assicurazione?	42 di 74
Art. 11. Dove valgono le Garanzie Assicurative?	42 di 74
Art.12. Si può recedere dall'Assicurazione?	42 di 74
Art. 13. In quali casi il Premio può essere restituito dalla Compagnia?	43 di 74
Art. 14. Quali obblighi ulteriori ha l'Assicurato?	44 di 74
Art. 15. Cosa succede in caso di dichiarazioni inesatte o incomplete?	44 di 74
Art. 16. Come comunicare con la Compagnia?	44 di 74
Art. 17. Cosa fare in caso di altre Polizze a copertura del medesimo rischio?	45 di 74
Art. 18. È possibile cedere o trasferire a terzi le Garanzie Assicurative o altri diritti di Polizza?	45 di 74
Art. 19. Oneri	45 di 74
Art. 20. Quale legge si applica?	45 di 74
Art. 21. Quale è il foro competente in caso di controversia?	45 di 74
Gestione del Sinistro	46 di 74
Art. 22. Come si denuncia un Sinistro?	46 di 74
Art. 23. Quando sarà pagato l'Indennizzo?	49 di 74
Reclami	51 di 74
Art. 24. A chi inviare un eventuale reclamo?	51 di 74
Protezione dei dati personali	51 di 74
Art. 25. Protezione dei dati personali	51 di 74
Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento di Polizza UNICA BNL	53 di 74
Tabella di Variazione del Premio relativo alle Garanzie "Spese Mediche" e "Clinica Privata" della Polizza UNICA BNL	55 di 74
ALLEGATO 1 - Classificazione degli Interventi chirurgici in classi	58 di 74
ALLEGATO 2 - Tabella delle Invalidità (INAIL)	72 di 74
ALLEGATO 3 - Tabella di valutazione delle Menomazioni dell'acutezza Visiva (INAIL Industria)	74 di 74
Informativa sulla Privacy	1 di 12
Fac-simile della Proposta di Polizza	1 di 3



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

La Polizza in sintesi

Il prodotto "UNICA BNL" è una Polizza facoltativa che offre protezione a tutela della salute in caso d'Infortunio e Malattia. Nei limiti indicati nelle Condizioni di Assicurazione, consente all'Assicurato di ricevere il rimborso di quanto speso per le Prestazioni Sanitarie, nonché un Indennizzo per le Prestazioni Sanitarie, interventi chirurgici o Infortuni, oltre a specifiche forme di Assistenza. Inoltre, permette all'Assicurato di affidarsi ad una rete convenzionata di Istituti di Cura, Centri Medici e odontoiatrici e medici specialisti, per ottenere le cure necessarie una volta ottenuta l'autorizzazione della Compagnia.

L'Assicurato ha la possibilità di accedere all'area personale My Cardif per visualizzare la sua Unica BNL CARD, le sue garanzie attive, prenotare un appuntamento presso il network convenzionato, monitorare lo stato di un sinistro e prenotare un teleconsulto.

Che cos'è

Le Garanzie offerte dal prodotto, una per una

"UNICA BNL" dà la possibilità di attivare, al momento della sottoscrizione o successivamente, tutte od alcune delle Garanzie Assicurative opzionali di seguito indicate per proteggere fino a un massimo di 6 Assicurati (dello stesso Nucleo Familiare qualora il Contraente sia una persona fisica):



1. **SPESE MEDICHE:** a scelta dell'Assicurato, la Compagnia paga direttamente, o rimborsa, le spese sostenute per le Prestazioni Sanitarie oppure paga un Indennizzo giornaliero.
2. **CLINICA PRIVATA:** a scelta dell'Assicurato, la Compagnia paga direttamente, o rimborsa, le spese per le Prestazioni Sanitarie di cui l'Assicurato ha beneficiato a pagamento.
3. **INDENNITÀ:** la Compagnia paga all'Assicurato un Indennizzo in caso di intervento chirurgico rientrante tra quelli coperti dalla garanzia.
4. **INFORTUNI:** la Compagnia paga all'Assicurato un Indennizzo in caso d'Infortunio dal quale derivi una Invalidità Permanente, nonché una Diaria in caso di Ricovero, Convalescenza o Gessatura.
5. **DENTAL (emergenza e prevenzione):** la Compagnia paga direttamente, o rimborsa, le spese sostenute per Prestazioni Sanitarie di tipo dentistico-odontoiatrico, siano esse di emergenza o di prevenzione odontoiatrica.
6. **ASSISTENZA:** la Compagnia presta un aiuto immediato all'Assicurato in caso situazioni di particolare difficoltà, anche in viaggio o in caso di Ricovero.

Chi e cosa copre

In caso di attivazione di una o più Garanzie Assicurative - diverse dalla "Dental" indicata al punto 5. - viene automaticamente abbinata anche l'Assistenza indicata al punto 6.

UNICA BNL CARD

Con Polizza UNICA BNL è sempre inclusa gratuitamente UNICA BNL CARD: la Card Sanitaria che permette di accedere al network di strutture convenzionate presso le quali gli Assicurati di Polizza UNICA BNL potranno godere di tariffe agevolate e sconti dedicate. È possibile visualizzare UNICA BNL CARD all'interno dell'area personale My Cardif all'indirizzo www.bnpparibascardif.it/registratori.

PACCHETTO CHECK UP

In caso di attivazione di 2 garanzie di cui almeno una tra "Spese Mediche" o "Clinica Privata" viene automaticamente incluso il Pacchetto Check Up per ogni Assicurato con età uguale o maggiore di 30 anni.

AVVERTENZA: Leggi attentamente le Condizioni di Assicurazione

Questa pagina di sintesi illustra l'Assicurazione e le relative Garanzie in modo immediato e sintetico, ma non ha valore contrattuale e, quindi, non sostituisce né integra le Condizioni di Assicurazione, che sono solo quelle previste negli articoli di seguito riportati. Per aiutare la lettura delle Condizioni di Assicurazione, sarà talvolta indicato il simbolo "Da tenere a mente". Invitiamo a fare riferimento al Glossario in cui sono riportate con l'iniziale maiuscola le definizioni dei termini utilizzati nelle Condizioni di Assicurazione.





Ti ricordiamo che è a tua disposizione anche il nostro Assistente Virtuale: Alin!

Dove puoi trovare Alin? È semplice! Alin è sempre disponibile:



via web all'indirizzo <https://bnpparibascardif.it>



via WhatsApp al numero 02/77224767.



Hai bisogno di richiedere informazioni sul prodotto Polizza UNICA BNL?

Puoi contattare il Servizio Clienti al numero **800.900.515** oppure dall'estero (+39) **02.77.22.45.51** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.00 e il sabato dalle 9.00 alle 13.00.



Devi denunciare un Sinistro o richiedere informazioni in merito ad un Sinistro già aperto?

- Puoi contattare telefonicamente la Compagnia al numero verde **800.900.515** e dall'estero (+39) **02.77.22.45.51**
Questi numeri sono attivi:
 - 24/24h per 365 giorni l'anno per la Garanzia Assicurativa "Assistenza"
 - dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 18:00 per le altre Garanzie Assicurative
- Per Sinistri SPESE MEDICHE, CLINICA PRIVATA, INDENNITÀ, INFORTUNI e DENTAL puoi contattarci via posta all'indirizzo **Cardif c/o My Assistance Srl Via Raimondo Montecuccoli, 20/1 20146 Milano** (canale non valido per la Garanzia Assistenza)
- Puoi inviare una e-mail ai seguenti indirizzi per sinistri:
 - SPESE MEDICHE, CLINICA PRIVATA, INDENNITÀ, INFORTUNI sinistri.cardif@myassistance.it
 - DENTAL dental.cardif@myassistance.it (canale non valido per la Garanzia Assistenza)

 Da tenere a mente

Dove trovare tutti i tuoi documenti e le informazioni importanti della Polizza?



1 - Nella tua area riservata MyCardif

Le informazioni di dettaglio sulla Polizza sono disponibili al Contraente e all'Assicurato nell'area personale MyCardif, previa registrazione all'indirizzo www.bnpparibascardif.it/registrati.

Su MyCardif puoi visualizzare tutte le tue polizze, le garanzie attive, il dettaglio delle caratteristiche di prodotto e delle scadenze e i premi pagati.





2 - Nel tuo Home Banking

Se sei titolare del servizio di Home Banking BNL potrai accedere anche all'app BNL per avere tutte le polizze a portata di mano, su smartphone e tablet.

Tutti gli Assicurati possono registrarsi gratuitamente su My Cardif alla sezione Polizze, dove troverai I tuoi servizi UNICA. I servizi offerti sono ad esempio la possibilità di visualizzare informazioni relative alle garanzie acquistate, monitorare lo stato di un rimborso di una spesa medica, prendere un appuntamento presso un centro convenzionato e prenotare un teleconsulto.



Glossario

Aborto spontaneo

Interruzione prematura di una gravidanza per cause naturali.

Aborto terapeutico

Interruzione volontaria di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, al fine di preservare la salute della gestante o per evitare lo sviluppo del feto affetto da gravi malformazioni/patologie.

Anno Assicurativo

Periodo continuativo di 12 mesi in cui l'Assicurazione è attiva; il primo Anno Assicurativo inizia alle ore 24:00 della Data di Decorrenza.

Assicurato

La/le persona/e fisica/he il cui interesse è protetto dall'Assicurazione. Può coincidere con il Contraente.

Assicurazione (Polizza)

Contratto sottoscritto dal Contraente con il quale la Compagnia presta le Garanzie Assicurative in favore degli Assicurati.

Assistenza

Aiuto immediato, in natura o altra forma, dato all'Assicurato in difficoltà a causa di un evento accidentale attraverso la Struttura Organizzativa di Assistenza.

Attività extraprofessionali

Qualunque attività svolta dall'Assicurato non avente carattere di professionalità.

Attività professionali

Attività lavorativa, continuativa, ricorrente o abituale, dell'Assicurato, tramite la quale quest'ultimo produce un reddito o percepisce una retribuzione.

Attività Sportiva Agonistica

Intendendosi per tale quella effettuata da persone di età pari o superiore a 12 anni, in qualità di tesserati di federazioni sportive o associazioni/enti riconosciute dal CONI e, comunque, specificatamente finalizzati alla partecipazione continuativa a manifestazioni sportive di carattere agonistico, ferma l'esclusione degli sportivi professionisti e l'esercizio degli sport di cui all'art 6 delle esclusioni.

Le attività sportive praticate con le predette modalità, riguardanti persone di età inferiore a 12 anni, verranno comunque considerate come avvenute nell'ambito degli Sport del tempo libero.

Attività Sportiva del tempo Libero

Intendendosi per tale quella avente finalità

strettamente ricreative, non effettuate in qualità di tesserati di federazione dal CONI, e comunque non specificatamente finalizzati alla partecipazione continuativa a gare, competizioni o a qualsiasi manifestazione sportiva di carattere agonistico. Rientrano nell'ambito della pratica di Sport del tempo libero anche le attività sportive che comportino la partecipazione occasionale a manifestazioni e/o tornei di carattere non agonistico, nonché a gare competitive aziendali e internazionali compresi i relativi allenamenti o prove.

Attività sportiva professionale

Attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità, svolta da atleti, preparatori atletici, nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione delle Federazioni sportive Nazionali, secondo le norme emanate dalle Federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Banca

Banca Nazionale del Lavoro S.p.A./Hello Bank! (BNL).

Carenza

Periodo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza in cui l'efficacia di alcune Garanzie Assicurative è sospesa.

Cartella Clinica

Documento scritto durante il Ricovero sotto la responsabilità della Direzione Sanitaria, con le generalità del paziente, la diagnosi, storia clinica, le terapie e gli interventi chirurgici fatti, gli esami e il diario clinico e la scheda di dimissione ospedaliera.

Centro Medico

Struttura (non finalizzata a trattamenti di natura estetica) regolarmente autorizzata dalle competenti autorità a rendere Prestazioni Sanitarie diagnostiche o terapeutiche.

Centro Odontoiatrico

Struttura composta da uno o più medici odontoiatri professionisti, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione di Prestazioni Sanitarie odontoiatriche.

Chirurgia Bariatrica

Detta anche "chirurgia dell'obesità". Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi



malassorbitivi).

Compagnia, Società, Cardif

Cardif Assurances Risques Divers S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia, società soggetta a direzione e coordinamento di BNP Paribas Cardif.

- Rappresentanza Generale per l'Italia:
Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano;
- Sede legale: 1, boulevard Haussman
75009 Parigi (Francia);
- P. IVA, CF e iscrizione al Reg. Imprese di Milano:
08916500153;
- Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione: I.00011;
- Autorizzata con D.M. del 27.02.1989.

Condizioni di Assicurazione

Clausole contrattuali che regolano le Garanzie Assicurative.

Contraente

Persona fisica o giuridica - titolare e/o contitolare di un conto corrente presso la Banca - che stipula l'Assicurazione e paga il Premio.

Convalescenza

Il periodo successivo alla dimissione dall'Istituto di Cura necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi.

Data di Decorrenza

Data riportata nella Lettera di Conferma inviata da parte della Compagnia al Contraente che ha sottoscritto la Proposta di Polizza. La copertura è efficace dalle ore 24 della data riportata nella lettera, fermo il periodo di Carenza e previo il pagamento del Premio di Polizza.

Day Hospital

Ricovero dell'Assicurato senza pernottamento con redazione di Cartella Clinica ed eventuale intervento chirurgico (cd. day surgery). La permanenza in pronto soccorso non è considerata Day Hospital.

Diaria

Somma pagata dalla Compagnia per ogni giorno di Ricovero, Convalescenza o Gessatura dopo un Infortunio.

Difetto Fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite. Sono comprese anche le alterazioni evidenziatesi nel corso dello sviluppo fisiologico.

Emergenza odontoiatrica

Cure o Prestazioni odontoiatriche urgenti coperti dalla presente Assicurazione derivanti da evento imprevisto o improvviso. Tali eventi sono esclusivamente da riferirsi ad infezioni, ascessi, carie, pulpite, infiammazioni o

emorragie.

Evento

Accadimento che può comportare la denuncia di uno o più sinistri correlati. Più precisamente:

- **per le Prestazioni ospedaliere:** il singolo Ricovero, il singolo Day Hospital o Intervento chirurgico ambulatoriale. La data dell'Evento è quella in cui è iniziato il Ricovero o il Day Hospital o in cui è stato effettuato l'Intervento chirurgico ambulatoriale;
- **per le Prestazioni extraospedaliere:** l'insieme di tutte le Prestazioni sanitarie riguardanti una specifica Malattia, o uno specifico Infortunio o parto denunciate con lo stesso invio a Cardif e relativi alla stessa Prestazione. La data dell'Evento è quella della prima Prestazione Sanitaria erogata;
- **per la Garanzia "Infortuni",** la data dell'Infortunio;
- **per la Garanzia "Dental",** la data della Prestazione erogata.

Franchigia

Importo fisso relativo a un Sinistro che resta a carico dell'Assicurato perché non pagato né rimborsato dalla Compagnia.

Garanzie Assicurative

Insieme delle garanzie "Spese Mediche", "Clinica Privata", "Indennità", "Infortuni", "Dental" e "Assistenza" offerte dall'Assicurazione.

Gessatura

L'apparecchiatura per l'immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimovibile unicamente da personale medico o paramedico.

Indennizzo/Rimborso

Somma pagata dalla Compagnia in caso di Sinistro coperto da alcune specifiche Garanzie Assicurative offerte dall'Assicurazione.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili.

Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Intervento chirurgico, non in regime di Ricovero o Day Hospital, effettuato da medico chirurgo presso un Istituto di cura, Centro medico o studio medico chirurgico e che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-Intervento.

Intervento Chirurgico

Atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione della cute o dei tessuti, compreso l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.



Invalidità permanente

Perdita o diminuzione, definitiva e irrimediabile, da parte dell'Assicurato, della capacità di svolgere qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione effettivamente svolta dall'Assicurato.

Istituto di Cura

Istituto universitario, ospedale, clinica o casa di cura, autorizzati a prestare assistenza ospedaliera tramite Ricovero o Day Hospital. Sono esclusi stabilimenti termali, centri benessere e strutture con prevalente finalità estetica o dietologica e quelle per Convalescenza o Lungodegenza.

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di Assicurazione.

Lettera di Conferma

Documento con cui la Compagnia accetta la Proposta di Polizza effettuata dal Contraente. La Lettera di Conferma, unitamente alla Proposta di Polizza, è parte integrante della documentazione contrattuale perciò il Contraente è tenuto a conservarne una copia.

Lipogems (medicina rigenerativa)

Tecnologia medica innovativa che si pone come obiettivo principale la riparazione di organi e tessuti danneggiati in modo da ripristinarne o migliorarne il funzionamento.

Lungodegenza

Ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato sono tali da costringere alla permanenza prolungata in Istituti di Cura per cure assistenziali o fisioterapia di mantenimento.

Malattia congenita/preesistente

Malattia conosciuta e/o diagnosticata e/o che abbia dato origine a visite (diverse da quelle di semplice controllo/routine), cure, esami clinici (strumentali e/o di laboratorio) o insorta secondo giudizio medico prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione.

Malattia improvvisa

Si intende una malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e non sia una manifestazione di un precedente stato morboso dell'Assicurato.

Malattia Infettiva a seguito di Emergenza Sanitaria Internazionale (PHEIC, ovvero Public Health Emergency of International Concern)

È definita tale dall'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) come emergenza sanitaria di interesse internazionale atta a costituire un rischio per la salute pubblica, oltre il confine nazionale dello Stato colpito, attraverso la diffusione internazionale di malattie ed è tale da richiedere potenzialmente una risposta

internazionale coordinata.

Malattia Mentale

Tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 9ª revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-9 dell'OMS).

Malattia

Peggioramento dello stato di salute, diverso dalla gravidanza, che non dipende da Infortunio.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite dell'Assicurato.

Massimale

Importo massimo pagato dalla Compagnia in caso di Sinistro per ogni Anno Assicurativo.

Medicina alternativa o complementare (MAC)

Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica.

Network Convenzionato

Rete di Istituti di Cura, Centri Medici o odontoiatrici, medici specialisti, professionisti medici e/o odontoiatri che fornisce le Prestazioni Sanitarie in base a una convenzione con la Struttura Operativa della Compagnia.

Nucleo familiare

Persone fisiche facenti parte del medesimo Stato di Famiglia purché siano i coniugi, i conviventi di fatto, gli uniti civilmente, nonché i relativi figli di ciascuno di essi e i fratelli, per un massimo di 6 (sei) persone all'interno dello stesso nucleo. Anche se non facenti parte del medesimo Stato di Famiglia, sono assicurabili i figli non conviventi, fiscalmente e non fiscalmente a carico.

La regola dell'appartenenza al medesimo Nucleo Familiare non si applica nel caso in cui il Contraente sia una Persona Giuridica che vuole assicurare i propri Dipendenti.

Paesi Major Sanctioned Countries & Region (anche "MSC & Region")

S'intendono i Paesi sottoposti ad embargo totale che, salvo successivi aggiornamenti, alla data di redazione di questo documento risultano essere Cuba, Iran, Nord Corea Siria, Regione Crimea/Sebastopoli, Donetsk e Luhansk.

Pagamento Diretto

Pagamento da parte della Compagnia – per conto



dell'Assicurato – dei costi delle Prestazioni Sanitarie ricevute tramite il Network Convenzionato (sia l'Istituto di Cura che l'equipe sono convenzionati). Il Pagamento Diretto non include eventuali Scoperti, Franchigie o importi superiori al Massimale.

Pagamento Rimborsuale/indiretto

Rimborso da parte della Compagnia dei costi già pagati dall'Assicurato per le Prestazioni Sanitarie coperte dalle Garanzie Assicurative "Spese Mediche", "Clinica Privata" e "Dental" rese da strutture fuori dal Network Convenzionato. Il rimborso non include eventuali Scoperti, Franchigie o importi superiori al Massimale specifici per ogni Garanzia Assicurativa.

Premio

Somma che il Contraente paga alla Compagnia per avere diritto alle Garanzie Assicurative previste dall'Assicurazione.

Prestazione Sanitaria

Cure, visite e altre forme di assistenza medico-sanitaria, diagnostica, terapeutica, dentistica od odontoiatrica a favore dell'Assicurato, tra cui, p.es., Ricoveri, Day Hospital, interventi chirurgici ambulatoriali e cure per una specifica Malattia o Infortunio, con esclusione di interventi o trattamenti con finalità estetica, secondo quanto precisato nelle Condizioni di Assicurazione.

Prevenzione odontoiatrica

Una serie di misure o azioni destinate a promuovere la salute orale che implicano procedure o servizi coperti dalla presente Assicurazione, indicate al fine di evitare la formazione di carie dentarie o malattie periodontali.

Proposta di Polizza

Documento sottoscritto dal potenziale Contraente con il quale lo stesso richiede alla Compagnia di stipulare la Polizza.

Questionario Sanitario

Documento con il quale la Compagnia pone all'Assicurato domande sul suo stato di salute per valutare il rischio prima di richiedere l'accesso alla copertura. Rilevante per le Garanzie Assicurative "Spese Mediche", "Clinica Privata" e "Indennità".

Ricovero Improprio

La degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Ricovero

Degenza in Istituto di Cura – diversa dal Day Hospital – con almeno un pernottamento, certificato da Cartella Clinica e scheda di dimissione ospedaliera.

Scoperto

Percentuale delle spese sostenute in occasione di un Sinistro che rimane a carico dell'Assicurato perché non pagato né rimborsato dalla Compagnia.

Set informativo

L'insieme dei documenti previsti dal Regolamento IVASS n. 41 del 02.08.2018 che devono essere contestualmente consegnati all'Aderente/Contraente prima della sottoscrizione del contratto e pubblicati sul sito internet della Compagnia. Il Set informativo è costituito dal DIP, dal DIP aggiuntivo e dalle Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e della Proposta di Polizza.

Sforzo

Dispiego improvviso, anomalo e non comune, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale ed inaspettato.

Sinistro

Il verificarsi dell'Evento dannoso o stato di necessità coperti dall'Assicurazione.

Sperimentale

Si intendono tutti i farmaci, trattamenti medici o chirurgici per i quali non sono terminate le fasi di sperimentazione e non hanno ancora ricevuto l'approvazione dall'Ente preposto. Ai sensi di Polizza si equiparano a Sperimentali anche i farmaci, trattamenti medici o chirurgici che, seppur approvati, avvengono al di fuori delle condizioni di autorizzazione rilasciate dagli enti preposti per patologia, combinazione di più farmaci, popolazione o posologia.

SSN

Servizio Sanitario Nazionale.

Struttura Operativa

Struttura che fornisce assistenza telefonica all'Assicurato e provvede alla gestione dei sinistri relativi alle garanzie della presente Polizza, diversi da Assistenza. In relazione alle garanzie, la Struttura, che opera per conto di Cardif è: My Assistance s.r.l. - Via Monte cuccoli, 20/1 - 20147 Milano, relativamente alle garanzie "Spese Mediche", "Clinica Privata", "Indennità", "Infortuni" e "Dental".

Struttura Organizzativa di Assistenza

La struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. (sede Via del Mulino, 4 - 20057 - Assago), costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto che regola il contatto telefonico con l'Assicurato e l'organizzazione ed erogazione delle Prestazioni di Assistenza.

Tecnica di vendita a distanza

Qualunque strumento per concludere il contratto di



Assicurazione senza la presenza fisica e simultanea della Compagnia o dell'intermediario e del Contraente.

Teleconsulto medico generico

Consulto medico in chiamata telefonica in cui il medico della Struttura Organizzativa, accedendo su My Cardif, fornisce assistenza, consigli e informazioni all'Assicurato a distanza.

Televisita

È un atto sanitario in cui il medico specialista interagisce a distanza con il paziente. L'atto sanitario di diagnosi che scaturisce dalla visita può dar luogo alla prescrizione di farmaci o di cure. Il collegamento deve consentire di vedere e interagire con il paziente e deve avvenire in tempo reale.

Titolare Effettivo

La/e persona/e fisica/he che possiede/ono o controlla/no direttamente o indirettamente il Contraente persona giuridica.

Trattamenti fisioterapici e rieducativi

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista in possesso di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno

o più organi o apparati colpiti da malattia o Infortunio indennizzabili a termine di Polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le Prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le Prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica. Ogni ciclo di trattamenti fisioterapici e rieducativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.

UNICA BNL CARD

Card Sanitaria di Polizza UNICA BNL che permette di accedere al network di strutture convenzionate, presso le quali i clienti di Polizza UNICA BNL potranno godere di tariffe agevolate e scontistiche dedicate.

Visita specialistica

Prestazione sanitaria effettuata da medico in possesso di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie e accertamenti a cui tale specializzazione è destinata. Nell'onorario medico sono incluse le Prestazioni specialistiche (procedure mediche, diagnostiche, terapeutiche), effettuate durante la Visita specialistica, ad eccezione dei Trattamenti fisioterapici e riabilitativi.



Norme che regolano le Garanzie Assicurative

Art. 1. Cosa e chi copre l'Assicurazione?

L'Assicurazione copre, nei limiti del Massimale e delle altre Condizioni di Assicurazione, le spese sostenute dagli Assicurati per Prestazioni Sanitarie e dà Assistenza, a seguito di Infortunio o Malattia attraverso una o più delle seguenti Garanzie Assicurative:



1. Spese Mediche;
2. Clinica Privata;
3. Indennità;
4. Infortuni;
5. Dental (emergenza e prevenzione);
6. Assistenza;

Il dettaglio delle condizioni e delle prestazioni incluse in ogni Garanzia Assicurativa è indicato all'Art. 5.

Tutte le Garanzie Assicurative elencate sopra sono opzionali a scelta del Contraente, tranne la Garanzia Assicurativa "Assistenza" al punto 6., che si attiva automaticamente quando il Contraente sceglie una o più Garanzie Assicurative indicate ai punti da 1. a 4. e quindi non può essere attivata da sola.

In caso di attivazione di due garanzie di cui almeno una tra "Spese Mediche" o "Clinica Privata" viene incluso il Pacchetto Check Up per ogni Assicurato con età uguale o maggiore di 30 anni.

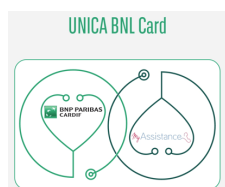
Ricorda inoltre che, le Garanzie Assicurative incluse nella Polizza possono essere modificate in qualsiasi momento dalla Data di Decorrenza, se il Contraente è in regola con il pagamento dei Premi e possiede i requisiti indicati ai successivi Art. 2 e Art. 3.

Compilando l'apposito modulo di variazione in una delle filiali della Banca, si può inoltre:

- (i) aggiungere una o più Garanzie Assicurative non ancora sottoscritte, con effetto dalle ore 24:00 della data del modulo di variazione, fatto salvo il periodo di Carenza indicato al successivo Art. 7.1; oppure
- (ii) eliminare una o più Garanzie Assicurative già sottoscritte, con effetto dalla prima scadenza annuale successiva dell'Assicurazione.

Una volta aggiunte o modificate, le Garanzie Assicurative valgono per tutti gli Assicurati coperti dall'Assicurazione e inclusi all'interno della stessa Polizza (massimo 6 Assicurati in totale).

UNICA BNL CARD



UNICA BNL CARD è la Card Sanitaria di Polizza UNICA BNL

La Card è inclusa gratuitamente nel Piano Salute UNICA BNL purché in corso di validità ed è valida per tutti gli Assicurati indicati all'interno della Proposta di Polizza.

Per visualizzare UNICA BNL CARD e usufruire dei suoi vantaggi accedendo all'area personale di My Cardif all'indirizzo **www.bnpparibascardif.it/registrati**.

È possibile visualizzare tutte le strutture convenzionate con UNICA BNL CARD accedendo al sito



Art. 2. Chi si può assicurare?

2.1 Contraente e Assicurati

Può stipulare l'Assicurazione solo il Contraente - persona fisica o giuridica - che sia titolare e/o contitolare di un conto corrente presso la Banca. Al momento della stipulazione dell'Assicurazione, il Contraente può indicare

- fino a un massimo di 6 Assicurati; se il Contraente è una Persona Fisica gli Assicurati devono appartenere allo stesso Nucleo Familiare come definito nel Glossario e devono essere in possesso dei requisiti indicati all'Art. 3.

Il Contraente, se persona fisica, può anche non essere tra i soggetti Assicurati.

Nel caso di Contraente persona giuridica, i soggetti Assicurati devono essere dipendenti dall'Azienda Contraente.

2.2 Variazione degli Assicurati

Se è in regola con il pagamento dei Premi, il Contraente può modificare in qualsiasi momento il numero degli Assicurati, **sempre fino ad un massimo di 6 Assicurati in totale**, compilando l'apposito Modulo di Proposta di variazione presso la Banca.

La modifica degli Assicurati ha effetto:

- dalle ore 24:00 della data indicata nel modulo di Proposta di variazione, fatto salvo il periodo di Carenza indicato al successivo Art. 7.1, se si aggiungono uno o più Assicurati che soddisfano i requisiti indicati all'Art. 3; e
- dalla prima scadenza annuale dell'Assicurazione, se diminuisce il numero degli Assicurati (escono dal Nucleo Familiare oppure il soggetto Assicurato perde il suo status di dipendente dell'Azienda Contraente).

In caso di modifica dovuta a:

- morte di un Assicurato, le Garanzie Assicurative continuano a operare fino alla prima scadenza annuale successiva dell'Assicurazione, dopodiché:
 - (i) se muore l'Assicurato più anziano (il cui premio non è soggetto a sconti), l'Assicurazione si rinnova comunque, il Premio viene ricalcolato sulla base del nuovo numero di Assicurati, e il più anziano degli altri Assicurati viene considerato come nuovo Assicurato più anziano. **In ogni caso, il nuovo Assicurato più anziano e gli altri Assicurati devono appartenere al medesimo Nucleo Familiare come definito nel Glossario e, nel caso di Contraente persona giuridica, i soggetti Assicurati devono essere dipendenti dell'Azienda Contraente;**
 - (ii) se muore uno degli altri Assicurati (diverso dal soggetto di cui al punto precedente), l'Assicurazione si rinnova comunque e il Premio viene ricalcolato sulla base del nuovo numero di Assicurati;
- uscita di un Assicurato dal Nucleo Familiare oppure il soggetto Assicurato perde il suo status di dipendente dell'Azienda Contraente, le Garanzie Assicurative riferite a questo Assicurato continuano a operare fino alla prima scadenza annuale successiva dell'Assicurazione, dopodiché:
 - (i) se ad uscire è l'Assicurato più anziano (il cui premio non è soggetto a sconti), il più anziano tra gli altri Assicurati perde il diritto allo sconto poiché viene considerato come nuovo Assicurato più anziano;
 - (ii) se ad uscire è un Assicurato diverso dal soggetto di cui al punto precedente, l'Assicurazione si rinnova comunque e il Premio viene ricalcolato sulla base del nuovo numero di Assicurati.

Ogni modifica degli Assicurati per decesso, uscita dal Nucleo Familiare o non più dipendente dell'Azienda Contraente, deve essere comunicata alla Compagnia tempestivamente e, in ogni caso, entro 30 giorni lavorativi, con le modalità previste all'Art. 16.

Art. 3. A quali condizioni operano le Garanzie Assicurative?

3.1 Condizioni al momento della stipulazione

Oltre a quanto previsto dall'Art.2, è possibile stipulare l'Assicurazione ed essere coperti dalle Garanzie Assicurative solo se sono soddisfatti tutti questi requisiti:

- il Contraente ha la propria residenza e il proprio domicilio (se persona fisica) o sede legale (se persona giuridica) in Italia;
- il Contraente (se persona fisica), il Titolare Effettivo (se presente) e/o gli Assicurati non fanno parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC – Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov);
- il Titolare Effettivo (se presente) non è residente in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti



dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America;

- l'Assicurato è residente e domiciliato in Italia e non ha ancora compiuto 70 anni;
- i soggetti assicurabili devono appartenere al medesimo Nucleo Familiare (in caso di Contraente persona fisica) o devono essere dipendenti dell'Azienda Contraente (in caso di Contraente persona giuridica) come definito nel Glossario.

I requisiti indicati sopra valgono anche in caso di sopravvenienza di predette situazioni dopo la stipulazione dell'Assicurazione per le Garanzie Assicurative "Spese Mediche", "Clinica Privata" e "Indennità"

- tutti gli Assicurati rispondono negativamente a tutte le domande del Questionario Sanitario e presentano una differenza tra altezza e peso pari o compresa tra 80 e 120 (tranne per i bambini con meno di 6 anni).

Ricorda che:

i) non possono in ogni caso essere assicurate, a prescindere dalle risposte del Questionario Sanitario o dalla specifica valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS. Se queste affezioni sopraggiungono durante l'Assicurazione, le Garanzie Assicurative cessano immediatamente per quello stesso Assicurato, e alla scadenza annuale successiva dell'Assicurazione, la stessa si rinnova comunque e il Premio viene ricalcolato sulla base del nuovo numero di Assicurati.

ii) sono esclusi dall'Assicurazione gli stati invalidanti, gli Infortuni e le Malattie in genere, conosciuti, diagnosticati e/o che abbiano dato origine a visite (diverse da quelle di semplice controllo/routine), cure, esami clinici (strumentali e/o di laboratorio) o insorte secondo giudizio medico anteriormente alla stipula del contratto e relative complicanze e conseguenze dirette o indirette; tuttavia, in deroga a questa esclusione, ogni Assicurato - che abbia attiva almeno una delle Garanzie Assicurative "Spese Mediche", "Clinica Privata" e "Indennità" indicate sopra da 5 anni ha diritto nel caso in cui si verifichi uno di questi eventi in caso di Malattia Preesistente a quanto segue:

- dopo almeno 5 anni consecutivi di attivazione ininterrotta, la Compagnia riconosce un importo pari al 35% dell'Indennizzo previsto per la Prestazione Sanitaria effettuata, fino ad un Massimo di € 10.000 per persona per Anno Assicurativo;
- dopo almeno 10 anni consecutivi di attivazione ininterrotta, la Compagnia riconosce un importo pari al 60% dell'Indennizzo previsto per la Prestazione Sanitaria effettuata, fino ad un Massimo di € 20.000 per persona per Anno Assicurativo.

Il Massimale per Anno Assicurativo di € 10.000 e € 20.000 è da intendersi quale importo unico per tutte le Prestazioni Sanitarie incluse nella Garanzia Assicurativa acquistata, fermi i limiti, Massimali e submassimali previsti dalle singole Prestazione Sanitaria.

iii) relativamente alla Garanzia Infortuni non sono assicurabili soggetti con un'invalidità superiore al 35%.

3.2 Condizioni in corso di Assicurazione

Dopo la stipulazione, l'Assicurazione opera solo se sono soddisfatti tutti questi requisiti:

- il Contraente resta in vita e mantiene la propria residenza e il proprio domicilio (se persona fisica) o sede legale (se persona giuridica) in Italia;
- il Contraente (se persona fisica), il Titolare Effettivo (se presente) e/o gli Assicurati continuano a non far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov);
- il Titolare Effettivo (se presente) continua a non essere residente in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America;
- l'Assicurato mantiene la residenza e domicilio in Italia e non ha ancora compiuto 75 anni;
- l'Assicurato continua a non essere affetto da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.

Quindi Contraente, Titolare Effettivo (se presente) devono comunicare tempestivamente e, in ogni caso, entro 30 giorni con i modi previsti all'Art. 16, la perdita di uno o più requisiti. Se la comunicazione è fatta in ritardo, la Compagnia può applicare una penale pari ai costi di gestione dell'Assicurazione nel periodo in cui non era a conoscenza della perdita del requisito.

Tranne l'eccezione di seguito indicata, le Garanzie Assicurative cessano dal momento della perdita del requisito e la Compagnia restituisce al Contraente una parte di Premio, come indicato all'Art. 13.

Se la perdita del requisito riguarda un Assicurato che compie 75 anni durante il periodo di Assicurazione, le Garanzie Assicurative riferite a quell'Assicurato cessano solo alla prima scadenza annuale successiva e l'Assicurazione si rinnova normalmente e il Premio viene ricalcolato sulla base del nuovo numero di Assicurati:



- se ad uscire è l'Assicurato più anziano (il cui premio non è soggetto a sconti), il più anziano tra gli altri Assicurati perde il diritto allo sconto poiché viene considerato come nuovo Assicurato più anziano;
- se ad uscire è un Assicurato diverso dal soggetto di cui al punto precedente, l'Assicurazione si rinnova comunque e il Premio viene ricalcolato sulla base del nuovo numero di Assicurati.

Le Garanzie Assicurative non operano per i Sinistri avvenuti dopo:

- la morte del Contraente (in caso di persona fisica);
- il trasferimento della residenza o domicilio o sede legale del Contraente fuori dall'Italia;
- la data del trasferimento fuori dell'Italia della residenza o domicilio abituale dell'Assicurato;
- la data di acquisizione, da parte del Titolare Effettivo, della residenza in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America, o dopo l'applicazione di tali sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di residenza originaria del Titolare Effettivo.

In nessun caso la Compagnia potrà pagare importi a cittadini di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America o inclusi nelle liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).

3.3 Informazioni e documentazioni integrative.

La Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriori informazioni e documentazione integrativa al fine di:

- verificare il rispetto della normativa in materia di sanzioni finanziarie (siano esse disposte dall'Unione Europea, dall'ONU, e dagli Stati Uniti d'America) e/o embarghi, ivi incluse le disposizioni restrittive dell'operatività nei confronti dei Paesi Major Sanctioned Countries & Region (anche "MSC & Region") come tempo per tempo indicati (ad oggi Cuba, Iran, Nord Corea, Siria e Regione Crimea/Sebastopoli e Donetsk e Luhansk), dovendo inibire l'instaurazione di rapporti e/o l'operatività come per disposizioni normative applicabili alla Compagnia stessa;
- rispettare l'obbligo normativo di astenersi dall'instaurazione del rapporto assicurativo e/o il compimento di operazioni qualora emergano eventi impeditivi previsti dalle leggi vigenti e/o indicati a maggior rischio dalle disposizioni delle Autorità di settore anche europee (ad es. EIOPA-EBA-ESMA);
- qualora il Contraente intrattenga rilevanti e/o continui rapporti economici o commerciali, siano essi intrattenuti in via diretta o indiretta, con soggetti residenti o entità costituite o domiciliate in Paesi Major Sanctioned Countries & Region (anche "MSC & Region") come, tempo per tempo, indicati dalla normativa, oppure con società/entità da essi controllate o partecipate, la Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione per verificare la conformità alla normativa antiterrorismo e/o all'osservanza delle sanzioni finanziarie/embarghi.

Art. 4. Come sottoscrivere l'Assicurazione?

Il Contraente, titolare di conto corrente presso Banca Nazionale del Lavoro S.p.A., manifesta l'interesse ad acquistare la Polizza UNICA BNL mediante la sottoscrizione della Proposta di Polizza con le seguenti modalità:

- recandosi presso la filiale della Banca attraverso sottoscrizione con Firma Elettronica Avanzata (FEA) o firma olografa;
- a distanza, seguendo le indicazioni telefoniche e prestando il proprio consenso nella propria area riservata BNL attraverso sottoscrizione con Firma Digitale tramite PIN e OTP.

Dopo aver firmato la Proposta di Polizza, che ha una validità massima pari a 15 giorni, l'Assicurazione è conclusa nel momento in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'avvenuta accettazione da parte della Compagnia tramite Lettera di Conferma. Fino a quel momento, la Proposta di Polizza può essere revocata dal Contraente, con comunicazione scritta, anche mediante utilizzo del modulo disponibile presso le reti di vendita tramite le quali è stata firmata.

La Compagnia accetta la Proposta di Polizza sulla base dei dati forniti dal Contraente nella stessa e dall'Assicurato sulla base delle risposte fornite nel Questionario Sanitario, ove previsto. Il Questionario Sanitario prevede un processo semplice di valutazione dello stato di salute dell'Assicurato:

- rispondendo negativamente a tutte le domande e presentando una differenza tra altezza e peso pari o compresa tra 80 e 120 (tranne per i bambini con meno di 6 anni) il rischio verrà accettato mediante emissione della Lettera di Conferma da parte della Compagnia;



b. in presenza invece di risposte affermative al Questionario Sanitario e/o di una differenza tra altezza e peso non compresa tra 80 e 120, il rischio non verrà accettato.

Art. 5. Quali sono le prestazioni delle Garanzie Assicurative?

In caso di Sinistro, la Compagnia offre, a favore degli Assicurati, diverse forme di pagamento: Pagamento Diretto, Pagamento Rimborsuale, Indennizzo e/o Assistenza in base alla tipologia di Garanzia Assicurativa attivata, secondo quanto di seguito descritto.

In taluni casi la Compagnia applica Massimali, limiti, Franchigie, Scoperti e periodi di Carenza.

In presenza di un Massimale, lo Scoperto/Franchigia viene applicato sull'importo della spesa relativa alla Prestazione Sanitaria e, sulla parte rimanente, si applica il Massimale.

Ricorda che:

- i Massimali e limiti sono diversi per ciascuna Garanzia Assicurativa e valgono per ogni singolo Assicurato e per Anno Assicurativo;
- lo Scoperto e la Franchigia si applicano per Evento;
- i periodi di Carenza sono indicati all'Art. 7.

Negli articoli che seguono sono riportate le caratteristiche delle Garanzie Assicurative.

GARANZIA SPESE MEDICHE



5.1 Garanzia Assicurativa "Spese Mediche"

La Garanzia Assicurativa offre all'Assicurato, a sua scelta, il Pagamento Diretto o il Pagamento Rimborsuale delle seguenti Prestazioni Sanitarie ricevute – in regime ospedaliero in SSN o extra-ospedaliero in SSN o privato – dalla Data di Decorrenza e durante il periodo di validità della stessa e trascorso il periodo di Carenza indicato all'Art. 7.1, in conseguenza di:

- Infortunio;
- Malattia o
- parto

con le esclusioni di cui all'Art.6 e con le Franchigie e gli Scoperti indicati al successivo Art.5.1.1.

In caso di Ricovero con/senza intervento chirurgico o Day Hospital con/senza intervento chirurgico in SSN viene corrisposta una Diaria.

Prestazione Sanitaria	Prestazione assicurativa della Compagnia
A) Prestazioni Sanitarie ospedaliere in SSN	A.1) Indennizzo per Ricovero con/senza Intervento chirurgico o Day Hospital con/senza Intervento chirurgico in SSN In caso di Ricovero con/senza Intervento chirurgico o Day Hospital con/senza Intervento chirurgico in un Istituto di Cura pubblico o privato convenzionato con il SSN, la Compagnia paga all'Assicurato un Indennizzo di: • € 80 per ogni giorno di Ricovero (escluso il giorno di dimissione); e • € 40 per ogni giorno di Day Hospital Il limite massimo di indennizzo per le suddette indennità è di 200 giorni per Anno Assicurativo.



Prestazione Sanitaria	Prestazione assicurativa della Compagnia
	Inoltre, la Compagnia paga all'Assicurato un Indennizzo anche in caso di Malattia Infettiva a seguito di emergenza sanitaria internazionale (PHEIC) – Pacchetto Pandemia - di: • € 80 per ogni giorno di Ricovero (escluso il giorno di dimissione) e Terapia Sub-intensiva presso un Istituto di Cura pubblico o privato convenzionato con il SSN; • € 160 per ogni giorno di Ricovero in Terapia intensiva presso un Istituto di Cura pubblico o privato convenzionato con il SSN, per un massimo di 21 giorni, fermo il limite di 200 giorni per Anno Assicurativo. A.2) Indennizzo per Ricovero con intervento chirurgico su neonati in SSN In caso di Ricovero con intervento chirurgico per correggere Malformazioni o Difetti fisici nel primo anno di vita del neonato, presso un Istituto di Cura pubblico o privato convenzionato con il SSN, la Compagnia paga al genitore Assicurato un Indennizzo di: • € 80 per ogni giorno di Ricovero del neonato (escluso quello di dimissione); e • € 80 per ogni giorno di Ricovero del genitore Assicurato se ricoverato insieme al neonato fermo il limite massimo di 200 giorni per Anno Assicurativo della Prestazione Sanitaria al punto A.1. Questa Garanzia Assicurativa opera se almeno uno dei due genitori è Assicurato. A.3) Rimborso ticket per intervento chirurgico ambulatoriale in SSN In caso di intervento chirurgico ambulatoriale presso un Istituto di Cura pubblico o privato convenzionato con il SSN, la Compagnia rimborsa all'Assicurato il ticket pagato, entro il Massimale di € 2.000 indicato all'Art.5.1.1. A.4) Rimborso ticket pre e post Ricovero con/senza intervento chirurgico, Day Hospital con/senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale In caso di Ricovero con/senza intervento chirurgico, Day Hospital con/senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale in un Istituto di Cura pubblico o privato convenzionato con il SSN, la Compagnia rimborsa all'Assicurato il ticket pagato, entro il Massimale di € 2.000 indicato all'Art.5.1.1, per le spese relative a: • accertamenti diagnostici e visite specialistiche, eseguiti nei 90 giorni prima del Ricovero con/senza intervento chirurgico, del Day Hospital con/senza intervento chirurgico o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, purché resi direttamente necessari dall'Evento che ha determinato il Ricovero, Day Hospital o l'intervento chirurgico ambulatoriale stesso; • accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure termali (escluse le spese alberghiere), trattamenti fisioterapici e rieducativi eseguiti nei 90 giorni dopo la fine del Ricovero con/senza intervento chirurgico, Day Hospital con/senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale, purché resi direttamente necessari dall'Evento che ha determinato il Ricovero, Day Hospital o l'intervento chirurgico ambulatoriale stesso. Sono escluse le visite di medicina generale e le visite pediatriche di controllo periodico.
B) Prestazioni Sanitarie extra-ospedaliere	B.1) Alta Specializzazione La Compagnia copre - con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale - le spese per queste Prestazioni Sanitarie, entro il Massimale di € 2.500 e le limitazioni indicate all'Art. 5.1.1: • Diagnostica di Alta Specializzazione: amniocentesi (oltre il 35° anno di età o in caso di rischio genetico comprovato del feto), angiografia digitale, artrografi, broncografia, cistografia, colangiografia, colangiografia percutanea, colecistografia, coronarografia, dacriocistografia, fistelografia, flebografia, fluorangiografia, galattografia, isterosalpingografia, linfografia, mielografia, retinografia, risonanza magnetica nucleare (rmn) con o senza mezzo di contrasto, scialografia, scintigrafia, splenoportografia,



Prestazione Sanitaria	Prestazione assicurativa della Compagnia
	tomografia assiale computerizzata (tac) con o senza mezzo di contrasto, tomografia ad emissione di positroni (pet), urografia, vesciculodeferentografia; • Terapie attinenti patologie oncologiche: chemioterapia, cobaltoterapia, radioterapia; • Terapie: dialisi, laserterapia fotodinamica a scopo terapeutico; • Endoscopie senza biopsia: broncoscopia, colonscopia, duodenoscopia, esofagoscopia, gastroscopia, rettoscopia. B.2) Accertamenti diagnostici La Compagnia copre - con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale - le spese per accertamenti diagnostici, entro il Massimale di € 500 e le limitazioni indicate all'Art. 5.1.1. Questa Garanzia Assicurativa non copre: • Prestazioni Sanitarie già incluse nella sezione "B.1) Alta Specializzazione"; • analisi di laboratorio; • accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da Infortunio; • Infortuni non documentati da verbale di pronto soccorso o certificazione medica con relativa documentazione di supporto (p.es: radiografica, ecografia, etc.). B.3) Ticket SSN per analisi di laboratorio La Compagnia rimborsa all'Assicurato l'importo del ticket pagato per esami di laboratorio fatti presso un Istituto di Cura pubblico o privato convenzionato con il SSN, entro il Massimale di € 100 indicato all'Art.5.1.1. B.4) Visite specialistiche La Compagnia copre - con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale - le spese per Visite specialistiche (inclusa la Televisita), entro il Massimale di € 100 per Visita per un massimo di 4 Visite e secondo le limitazioni indicate all'Art. 5.1.1. Questa Garanzia Assicurativa non copre: • visite di medicina generale, pediatriche di controllo periodico e odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio; • Infortuni non documentati da verbale di pronto soccorso o certificazione medica con relativa documentazione di supporto (p.es: radiografica, ecografia, etc.).
C) Pacchetto Check-Up (se previsto)	In caso di attivazione di 2 garanzie di cui almeno una tra "Spese Mediche" o "Clinica Privata" viene incluso il Pacchetto Check-Up per ogni Assicurato con età uguale o maggiore di 30 anni. Si può fruire del Pacchetto Check-Up con le seguenti regole: - solo in strutture convenzionate del circuito convenzionato della Struttura Operativa di My Assistance attivando preventivamente il Pagamento Diretto - con cadenza annuale ed erogato nel corso di un'unica giornata presso la stessa struttura convenzionata.



Prestazione Sanitaria	Prestazione assicurativa della Compagnia	
	Pacchetto Check-Up Donna	Pacchetto Check-Up Uomo
	Esami di laboratorio • Azotemia • Cloremia Sodiemia Potassiemia • Colesterolo totale (LDL e HDL) • Creatinemia • Emocromo con formula • Gamma GT • Glicemia • PCR • T3 - T4 - TSH • Transaminasi • Trigliceridi • Uricemia • esami urine completo • esame colturale delle feci	Esami di laboratorio • Azotemia • Cloremia Sodiemia Potassiemia • Colesterolo totale (LDL e HDL) • Creatinemia • Emocromo con formula • Gamma GT • Glicemia • PCR • T3 - T4 - TSH • Transaminasi • Trigliceridi • Uricemia • Esami urine completo • esame colturale delle feci
	Pap test	PSA (per Assicurati di età maggiore di 40 anni)
	Ecografia Mammaria (per assicurati di età inferiore a 40 anni)	Ecografia Addome Completo o Ecocolordoppler Tronchi Sovraortici (per Assicurati di età uguale o maggiore di 50 anni)
	Ecografia Mammaria + Mammografia (per Assicurati di età uguale o maggiore di 40 anni)	
	Ecografia Addome Completo o Ecocolordoppler Tronchi Sovraortici (per Assicurati di età uguale o maggiore di 50 anni)	

5.1.1 Massimali, Scoperti e Franchigie Garanzia Assicurativa "Spese Mediche"

A.) Prestazioni Sanitarie ospedaliere in SSN

Prestazione Sanitaria	Massimale / Indennità / Limite	Scoperto / Franchigia
A.1) Indennizzo per Ricovero con/senza Intervento chirurgico o Day Hospital con/senza Intervento chirurgico in SSN	• Ricovero: Indennizzo di € 80 al giorno • Day Hospital: Indennizzo di € 40 al giorno	Nessuno
A.2) Indennizzo per Ricovero necessario da Malattia infettiva a seguito di emergenza sanitaria internazionale (PHEIC) in SSN	• Ricovero e Terapia Sub-Intensiva: Indennizzo di € 80 al giorno • Ricovero in Terapia Intensiva: Indennizzo di € 160 al giorno • Limite massimo: 200 giorni	Nessuno
A.3) Indennizzo per Ricovero con intervento chirurgico su neonati in SSN	• Ricovero: Indennizzo di € 80 al giorno • Limite massimo: 200 giorni (condiviso con la Prestazione Sanitaria al punto A.1)	Nessuno



Prestazione Sanitaria	Massimale / Indennità / Limite	Scoperto / Franchigia
A.4) Rimborso ticket per intervento chirurgico ambulatoriale in SSN	• Massimale € 2.000	Nessuno
A.5) Rimborso ticket pre e post Ricovero con/senza intervento chirurgico, Day Hospital con/senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale	• Massimale € 2.000 • Limite rimborso: 90 giorni prima e 90 giorni dopo	Nessuno

B.) Prestazioni Sanitarie extra-ospedaliere

Prestazione Sanitaria	Massimale / Indennità / Limite	Scoperto / Franchigia
B.1) Alta Specializzazione	• Massimale € 2.500	• Pagamento Diretto: Scoperto 20% minimo € 25 • Pagamento Rimborsuale: Scoperto 20% minimo € 50 • Ticket SSN: nessuno
B.2) Accertamenti diagnostici (esclusi accertamenti di cui al punto B.1) e analisi di laboratorio)	• Massimale € 500	• Pagamento Diretto: Scoperto 20% minimo € 25 • Pagamento Rimborsuale: Scoperto 20% minimo € 50 • Ticket SSN: nessuno
B.3) Ticket SSN per analisi di laboratorio	• Massimale € 100	Nessuno
B.4) Visite specialistiche (inclusa la Televista)	• Massimale € 100 per Visita specialistica • Massimo 4 Visite	• Pagamento Diretto o Rimborsuale: Scoperto 20% • Ticket SSN: nessuno

C) Pacchetto Check-Up (se previsto)

Prestazione Sanitaria	Massimale / Indennità / Limite	Scoperto / Franchigia
C) Pacchetto Check Up	Si può fruire del Pacchetto Check-Up con le seguenti regole: • Assicurati con età uguale o maggiore di 30 anni • Solo in strutture convenzionate del circuito My Assistance attivando il Pagamento Diretto • Con cadenza annuale ed erogato nel corso di un'unica giornata presso la stessa struttura convenzionata	Nessuno

5.2 Garanzia Assicurativa "Clinica Privata"

La Garanzia Assicurativa offre all'Assicurato, a sua scelta, il Pagamento Diretto o il Pagamento Rimborsuale delle seguenti Prestazioni Sanitarie ricevute a pagamento in un Istituto di Cura privato o pubblico, dalla Data di Decorrenza e durante il periodo di validità della stessa e trascorso il periodo di Carenza indicato all'Art. 7.1, in conseguenza di:



- Infortunio;
- Malattia; o
- parto

con le esclusioni di cui all'Art.6 e con le Franchigie e gli Scoperti indicati all'Art.5.2.1.

GARANZIA CLINICA PRIVATA



Prestazione Sanitaria	Prestazione Assicurativa della Compagnia
A) Ricovero con/ senza intervento chirurgico, Day Hospital (con/senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale) fatti privatamente	A.1) Ricovero con/senza intervento chirurgico La Compagnia copre - con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale ed entro i Massimali e Franchigie e Scoperti indicati all'Art. 5.2.1 - le spese per queste Prestazioni Sanitarie: (i) gli onorari dell'equipe (risultanti dal referto operatorio), i diritti di sala operatoria e i materiali di intervento (comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento); (ii) durante il periodo del Ricovero, l'assistenza medica e infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali e, solo in caso di Ricovero con intervento chirurgico, anche i trattamenti fisioterapici e rieducativi; (iii) la retta di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie; (iv) gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche (inclusa la Televisita) eseguiti nei 90 giorni prima del Ricovero, purché resi necessari dall'Evento che ha determinato il Ricovero stesso; (v) gli accertamenti diagnostici, i medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, le cure termali (escluse le spese alberghiere) e, solo in caso di Ricovero con intervento chirurgico, anche i trattamenti fisioterapici e rieducativi, eseguiti nei 90 giorni dopo il Ricovero, purché resi necessari dall'Evento che ha determinato il Ricovero stesso. In caso di trapianto, la Compagnia rimborsa le spese indicate ai punti (i), (ii) e (iii): • relative al Ricovero del donatore per l'espianto di organi (o parti) e il relativo trasporto, se l'Assicurato riceve gli organi; • per l'espianto di organi (o parti) e il relativo trasporto, se l'Assicurato è il donatore. A.2) Day Hospital con intervento chirurgico La Compagnia copre - con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale ed entro i Massimali e Franchigie e Scoperti indicati all'Art. 5.2.1 - le spese per queste Prestazioni Sanitarie: (i) gli onorari dell'equipe (risultanti dal referto operatorio), i diritti di sala operatoria e materiali di intervento (ivi comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento) (ii) durante il periodo del Day Hospital, l'assistenza medica e infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali e i trattamenti fisioterapici e rieducativi; (iii) la retta di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie; (iv) gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche (inclusa la Televisita) eseguiti nei 90 giorni prima del Day Hospital resi necessari dall'Evento che ha determinato il Day Hospital stesso;



Prestazione Sanitaria	Prestazione Assicurativa della Compagnia
	(v) gli accertamenti diagnostici, i medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, le cure termali (escluse le spese alberghiere) e i trattamenti fisioterapici e rieducativi, eseguiti nei 90 giorni dopo la fine del Day Hospital, purché resi necessari dall'Evento che ha determinato il Day Hospital stesso. A.3) Day Hospital senza intervento chirurgico La Compagnia copre - con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale ed entro le limitazioni e i Massimali indicati all'Art. 5.2.1 - le spese per queste Prestazioni Sanitarie: (i) durante il periodo del Day Hospital, l'assistenza medica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali; (ii) la retta di degenza con esclusione delle spese voluttuarie; (iii) gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche (inclusa la Televisita) eseguiti nei 90 giorni prima del Day Hospital, purché resi necessari dall'Evento che ha determinato il Day Hospital stesso; (iv) gli accertamenti diagnostici, i medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche eseguiti nei 90 giorni dopo la fine del Day Hospital, purché resi necessari dall'Evento che ha determinato il Day Hospital stesso. A.4) Intervento chirurgico ambulatoriale La Compagnia copre - con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale ed con esclusione delle spese voluttuarie entro i Massimali e Franchigie e Scoperti indicati all'Art.5.2.1 - le spese per queste Prestazioni Sanitarie: (i) gli onorari dell'equipe (risultante dal referto operatorio), i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento; (ii) l'assistenza medica e infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, contestuali con l'intervento chirurgico ambulatoriale; (iii) gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche (inclusa la Televisita) eseguiti nei 90 giorni prima dell'intervento chirurgico ambulatoriale; (iv) gli accertamenti diagnostici, i medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure termali, purché resi necessari dall'Evento che ha determinato l'intervento chirurgico ambulatoriale stesso; (v), i trattamenti fisioterapici e rieducativi, eseguiti nei 90 giorni dopo l'intervento chirurgico ambulatoriale, purché resi necessari dall'Evento che ha determinato l'intervento chirurgico ambulatoriale stesso. A.5) Parto cesareo e Aborto (spontaneo o terapeutico) La Compagnia copre - con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale ed entro i Massimali e Franchigie e Scoperti indicati all'Art.5.2.1 - le spese per queste prestazioni Sanitarie: (i) gli onorari dell'equipe (risultante dal referto operatorio), i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento; (ii) la retta di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie; (iii) relativamente al neonato fino alla data di dimissione della madre dall'Istituto di Cura: la retta di degenza al nido ospedaliero, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica e infermieristica durante il Ricovero; (iv) gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche (inclusa la Televisita) eseguiti nei 90 giorni prima del Ricovero, purché ad esso conseguenti; (v) gli accertamenti diagnostici, i medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, eseguiti nei 90 giorni dopo la fine del Ricovero, purché ad esso conseguenti. Le spese per eventuali interventi chirurgici concomitanti - fatti durante la stessa sessione dell'intervento chirurgico principale e attraverso la stessa via di accesso (p.es., appendicectomia, cisti ovarica, laparocèle, ernia ombelicale ecc.) - sono rimborsabili entro il Massimale previsto per le Prestazioni Sanitarie elencate sopra.



Prestazione Sanitaria	Prestazione Assicurativa della Compagnia
	A.6) Parto fisiologico La Compagnia copre - con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale ed entro le limitazioni e i Massimali indicati all'Art. 5.2.1 - le spese per queste Prestazioni Sanitarie: (i) gli onorari dell'equipe (risultante dal referto operatorio), i diritti di sala di parto; (ii) l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le consulenze medico specialistiche, gli accertamenti diagnostici e i medicinali durante il periodo di Ricovero; (iii) retta di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie; (iv) retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica e infermieristica ricevuta dal neonato durante il Ricovero e fino alla data di dimissioni della madre; (v) accertamenti diagnostici e visite specialistiche (inclusa la Televisita) eseguiti nei 90 giorni prima del Ricovero ad esso conseguenti; (vi) accertamenti diagnostici, medicinali eseguiti nei 90 giorni dopo la fine del Ricovero e ad esso conseguenti. A.7) Interventi con Massimale prestabilito in forma di Pagamento Rimborsuale entro i Massimali e Franchigie e Scoperti indicati all'Art.5.2.1 - i costi sostenuti dall'Assicurato per questi tipi di intervento chirurgico, se fatti a pagamento in Istituto di Cura privato o pubblico: • legatura e stripping di vene, rinosettoplastica, intervento di rimozione mezzi di sintesi (ad es. chiodi, placche, viti), tonsillectomia adenotonsillectomia, ernie e/o laparoceli della parete addominale, intervento per emorroidectomia e/o asportazione di ragadi e/o di fistole, intervento per alluce valgo con o senza riallineamento metatarso - falangeo, interventi a carico del ginocchio (diversi da legamenti e protesi), isteroscopia operativa, cistectomia (esclusa cistectomia totale), miomectomia, ricostruzione dei legamenti, intervento sulla cuffia dei rotatori, asportazione di cisti ovariche, tiroidectomia, interventi per riduzione e sintesi fratture (anche con chiodi, placche, viti), colicistectomia, ernia del disco, artrodesi vertebrale, adenocarcinoma prostatico, adenoma prostatico, isterectomia, artroprotesi anca e ginocchio. I Massimali indicati all'Art.5.2.1 comprendono tutte le spese (inclusa retta di degenza, fermo il limite giornaliero) sostenute durante il periodo di Ricovero con intervento chirurgico, Day Hospital con intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale. Il Massimale non comprende le spese sostenute prima e dopo il Ricovero con intervento chirurgico, Day Hospital con intervento chirurgico o Intervento chirurgico ambulatoriale, le stesse vengono Rimborsate con applicazione di Scoperti/Franchigie previsti per il regime di Pagamento Diretto o Rimborsuale. Se l'Assicurato si serve del SSN, i ticket sanitari sono rimborsati al 100%. Tutti gli interventi chirurgici elencati sopra includono, entro il Massimale indicato all'Art.5.2.1 - Tabella 2, anche eventuali interventi chirurgici concomitanti riferiti allo stesso settore specialistico ed effettuati nella stessa sessione operatoria. Se gli interventi concomitanti sono: • svolti attraverso la stessa via d'accesso, sono compresi nel Massimale dell'intervento chirurgico principale previsto dalle Condizioni di Assicurazione; • svolti attraverso altra via d'accesso, sono rimborsabili in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.
B) Neonato	La Compagnia paga per le prestazioni incluse nella precedente sezione A) "Ricovero con intervento chirurgico, Day Hospital con intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale effettuati privatamente", se il neonato nel suo primo anno di vita subisce un intervento chirurgico per correggere Malformazioni e/o Difetti fisici, entro il Massimale indicato all'Art.5.2.1.
C) Pacchetto Pandemia	A seguito di Malattia infettiva per emergenza sanitaria internazionale (PHEIC), la Compagnia paga all'Assicurato un Indennizzo di: • € 100 per ogni giorno di Ricovero (escluso il giorno di dimissione) per un massimo di 14 giorni per Anno Assicurativo in caso di Ricovero e Terapia Sub-intensiva presso un



Prestazione Sanitaria	Prestazione Assicurativa della Compagnia	
	Istituto di Cura pubblico o privato convenzionato SSN; e • € 200 per ogni giorno di Ricovero in Terapia intensiva presso un Istituto di Cura pubblico o privato convenzionato SSN, per un massimo di 21 giorni per Anno Assicurativo.	
D) Pacchetto Check Up	In caso di attivazione di due garanzie di cui almeno una tra “Spese Mediche” o “Clinica Privata” viene automaticamente incluso il Pacchetto Check-Up per ogni Assicurato con età uguale o maggiore di 30 anni. Si può fruire del Pacchetto Check-Up con le seguenti regole: - solo Assicurati con età uguale o maggiore di 30 anni - solo in strutture convenzionate del circuito My Assistance attivando il Pagamento Diretto - con cadenza annuale ed erogato nel corso di un’unica giornata presso la stessa struttura convenzionata	
	Pacchetto Check-Up Donna	Pacchetto Check-Up Uomo
	Esami di laboratorio • Azotemia • Cloremia Sodiemia Potassiemia • Colesterolo totale (LDL e HDL) • Creatinemia • Emocromo con formula • Gamma GT • Glicemia • PCR • T3 - T4 - TSH • Transaminasi • Trigliceridi • Uricemia • esami urine completo • esame colturale delle feci	Esami di laboratorio • Azotemia • Cloremia Sodiemia Potassiemia • Colesterolo totale (LDL e HDL) • Creatinemia • Emocromo con formula • Gamma GT • Glicemia • PCR • T3 - T4 - TSH • Transaminasi • Trigliceridi • Uricemia • Esami urine completo • esame colturale delle feci
	Pap test	PSA (per Assicurati di età maggiore di 40 anni)
	Ecografia Mammaria (per assicurati di età inferiore a 40 anni)	Ecografia Addome Completo o Ecocolordoppler Tronchi Sovraortici (per Assicurati di età uguale o maggiore di 50 anni)
Ecografia Mammaria + Mammografia (per Assicurati di età uguale o maggiore di 40 anni)		
Ecografia Addome Completo o Ecocolordoppler Tronchi Sovraortici (per Assicurati di età uguale o maggiore di 50 anni)		
E) Lipogems (medicina rigenerativa)	La Prestazione Lipogems. • La Prestazione comprende le terapie eseguite per rigenerazione e / o riparazione del tessuto muscoloscheletrico (legamenti, tendini e / o menisco, epicondilite). • La prestazione viene erogata mediante Pagamento Diretto con un Massimale di € 3.000;	

5.2.1 Massimali, Scoperti e Franchigie Garanzia Assicurativa "Clinica Privata"

Tabella 1

Ricovero con/ senza intervento chirurgico, Day Hospital (con/senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale) fatti privatamente



Prestazione Sanitaria	Massimale / Indennità / Limite	Scoperto / Franchigia
A.1) Ricovero con/senza intervento chirurgico A.2) Day Hospital con intervento chirurgico	- Massimale: € 250.000 (per interventi con Massimale prestabilito si veda il punto A.7) - Prestazioni pre-Ricovero: 90 giorni - Prestazioni post-Ricovero: 90 giorni	- Pagamento Diretto: nessuno - Pagamento Rimborsuale: Scoperto 20% minimo € 1.000
A.3) Day Hospital senza intervento chirurgico A.4) Intervento chirurgico ambulatoriale	- Massimale: condiviso con il massimale al punto precedente A.1) - Prestazioni pre-Ricovero: 90 giorni - Prestazioni post-Ricovero: 90 giorni	- Pagamento Diretto: Franchigia € 200 - Pagamento Rimborsuale: Scoperto 20% minimo € 1.000
A.5) Parto cesareo, Aborto spontaneo o Aborto terapeutico	- Submassimale: € 2.500 - Prestazioni pre-Ricovero: 90 giorni - Prestazioni post-Ricovero: 90 giorni	Nessuno
A.6) Parto fisiologico	- Submassimale: € 1.500 - Prestazioni pre-Ricovero: 90 giorni - Prestazioni post-Ricovero: 90 giorni	Nessuno
A.7) Interventi plafonati con Massimale prestabilito in forma di Pagamento Rimborsuale	Cfr. Tabella 2 sotto	Nessuno

B) Neonato

Prestazione Sanitaria	Massimale / Indennità / Limite	Scoperto / Franchigia
B.1) Neonato	- Submassimale: € 20.000 (per interventi con Massimale prestabilito si veda il punto A.7) - Prestazioni pre-Ricovero: 90 giorni - Prestazioni post-Ricovero: 90 giorni	Nessuno

C) Pacchetto Pandemia

Prestazione Sanitaria	Massimale / Indennità / Limite	Scoperto / Franchigia
C) Pacchetto Pandemia	- Ricovero e Terapia Sub-intensiva: indennizzo di € 100 al giorno Limite massimo: 14 giorni - Ricovero in Terapia intensiva: indennizzo di € 200 al giorno Limite massimo: 21 giorni	Nessuno

D) Pacchetto Check-Up



Prestazione Sanitaria	Massimale / Indennità / Limite	Scoperto / Franchigia
D) Pacchetto Check-Up	Il Pacchetto Check-Up si può fruire con le seguenti regole: - solo Assicurati con età uguale o maggiore di 30 anni - solo in strutture convenzionate del circuito My Assistance attivando il Pagamento Diretto - con cadenza annuale ed erogato nel corso di un'unica giornata presso la stessa struttura convenzionata	Nessuno

E) Lipogems (medicina rigenerativa)

Prestazione Sanitaria	Massimale / Indennità / Limite	Scoperto / Franchigia
E) Lipogems (medicina rigenerativa)	- La Prestazione Lipogems viene garantita a coloro che hanno acquistato la garanzia "Clinica Privata". La Prestazione comprende le terapie eseguite per rigenerazione e / o riparazione del tessuto muscoloscheletrico (legamenti, tendini e / o menisco, epicondilita) - La prestazione viene erogata in forma di Pagamento Diretto attraverso il network convenzionato con un Massimale di € 3.000 per Anno Assicurativo	Scoperto 20%

Tabella 2

A.7) Interventi con massimale prestabilito in caso di pagamento Rimborsuale

Tipo di Intervento chirurgico	Massimale
Legatura e stripping di vene	€ 3.500
Rinosettoplastica	€ 3.500
Intervento di rimozione mezzi di sintesi (ad es. chiodi, placche, viti)	€ 3.000
Tonsillectomia / Adenotonsillectomia	€ 3.000
Ernie e/o laparoceli della parete addominale	€ 4.000
Intervento per emorroidectomia e/o asportazione di ragadi e/o di fistole	€ 5.500
Intervento per alluce valgo con o senza riallineamento metatarso - falangeo	€ 4.000
Interventi a carico del ginocchio (diversi da legamenti e protesi)	€ 5.000
Isteroscopia operativa	€ 5.000



Tipo di Intervento chirurgico	Massimale
Cistectomia (esclusa cistectomia totale)	€ 5.000
Miomectomia	€ 7.500
Ricostruzione dei legamenti	€ 8.500
Intervento sulla cuffia dei rotatori	€ 7.500
Asportazione di cisti ovariche	€ 10.000
Tiroidectomia	€ 10.000
Interventi per riduzione e sintesi fratture (anche con chiodi, placche, viti)	€ 8.000
Colicistectomia	€ 8.500
Ernia del disco	€ 12.000
Artrodesi vertebrale	€ 13.000
Adenocarcinoma prostatico	€ 18.000
Adenoma prostatico	€ 12.000
Isterectomia	€ 18.000
Artroprotesi anca e ginocchio	€ 25.000

Ricorda che:

- se (i) un intervento chirurgico è incluso nella Tabella 2 ed è eseguito a pagamento in un Istituto di Cura (privato o pubblico), e (ii) l'Assicurato richiede la Prestazione con Pagamento Rimborsuale, la Compagnia limita il Massimale rimborsabile agli importi indicati nella Tabella 2;
- le rette di degenza, in caso di prestazioni sanitarie con Pagamento Rimborsuale, sono rimborsate fino ad un limite giornaliero di € 200, fermi i Massimali indicati nella Tabella 1 per ogni Prestazione Sanitaria e fermo il Massimale rimborsabile agli importi nella tabella 2;
- i Massimali indicati nella Tabella 2 comprendono tutte le spese (inclusa retta di degenza) fatte durante il periodo di Ricovero con intervento chirurgico, Day Hospital con intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale;
- le spese pre- e post-Ricovero non rientrano nei Massimali indicati nella Tabella 2, ma vengono rimborsate applicando lo Scoperto o la Franchigia previsti per il regime di Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale, come descritto nella Tabella 1 ai punti "A.1) Ricovero con/senza Intervento chirurgico", "A.2) Day Hospital con Intervento Chirurgico", "A.3) Day Hospital senza Intervento chirurgico" e "A.4) Intervento chirurgico ambulatoriale" e fermi i Massimali indicati nella Tabella 1 per ogni Prestazione Sanitaria;
- se l'Assicurato si avvale del SSN, i ticket sanitari sono rimborsati al 100%.

GARANZIA INDENNITÀ



5.3 Garanzia Assicurativa "Indennità"

La Garanzia Assicurativa offre un Indennizzo all'Assicurato che subisce, dalla Data di Decorrenza e durante il periodo di validità della stessa e trascorso il periodo di Carenza indicato all'Art. 7.1, un intervento chirurgico (anche di tipo ambulatoriale o di Day Hospital) dovuto a:



- Infortunio;
- Malattia; o
- parto cesareo

con le esclusioni di cui all'Art.6 e con le Franchigie e gli Scoperti indicati all'Art.5.3.1.

Prestazione Sanitaria	Prestazione assicurativa della Compagnia
Intervento chirurgico incluso nell'Allegato 1 "Classificazione degli interventi chirurgici in classi"	La Compagnia paga un Indennizzo di importo diverso in base all'appartenenza dello specifico intervento chirurgico – o della patologia che ha dato luogo all'intervento – a una di queste 3 classi: • Classe I: € 1.000; • Classe II: € 3.000; • Classe III: € 10.000.
Intervento chirurgico non specificamente incluso nell'Allegato 1	L'intervento verrà attribuito alla classe, Malattia o procedura chirurgica più pertinente secondo giudizio del medico della Compagnia tra quelli elencati nell'Allegato 1.
Regole comuni per tutti gli interventi coperti dalla Garanzia Assicurativa	In caso di più interventi chirurgici per la stessa Malattia che riguardano lo stesso organo/arto/tessuto, l'Indennizzo viene pagato dalla Compagnia un'unica volta nell'Anno Assicurativo in cui avviene il Sinistro. Invece, se durante la stessa seduta operatoria vengono fatti 2 o più interventi chirurgici, la Compagnia paga all'Assicurato un unico Indennizzo, prendendo come riferimento quello di importo più alto. Ricorda che: La Compagnia non paga alcun Indennizzo in caso di intervento chirurgico non identificabile sulla base delle regole indicate sopra e non incluse nell'Allegato 1.

5.3.1 Massimali, Franchigie e Scoperti Garanzia Assicurativa "Indennità"

Massimale / Indennizzo / Limite	Scoperto / Franchigia
Importo complessivo massimo pagato per più Sinistri occorsi in un Anno Assicurativo ad ogni Assicurato: € 20.000	Nessuno

GARANZIA INFORTUNI



5.4 Garanzia Assicurativa "Infortuni"

La Garanzia Assicurativa offre all'Assicurato un Indennizzo, anche in forma di Diaria, in caso di Invalidità Permanente, Ricovero, Convalescenza e Gessatura, a condizione che siano conseguenza diretta, esclusiva e documentabile di un Infortunio subito dall'Assicurato durante Attività professionali o extraprofessionali, dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa **(salvi i casi di Carenza indicati di seguito) con le esclusioni di cui all'Art.6 e le Franchigie e gli Scoperti indicati all'Art.5.4.1.**

Per questa Garanzia Assicurativa sono considerati Infortuni:

- a. l'asfissia, non dipendente da Malattia, per fuga di gas o di vapori;
- b. l'avvelenamento acuto o le lesioni da ingestione o assorbimento di sostanze, dovuti a causa accidentale;
- c. l'annegamento, l'assideramento, il congelamento;
- d. i colpi di sole, di freddo o di calore, la folgorazione;
- e. le patologie, obiettivamente verificabili, in conseguenza di morsi o punture di insetti, aracnidi (p.es. ragni) o animali, ad esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
- f. le lesioni muscolari dovute a Sforzo, escluse le lesioni sottocutanee di tendini (lacerazioni totali o parziali di un tendine, senza soluzione di continuità del tessuto cutaneo e sottocutaneo); inoltre le lesioni muscolari dovute a Sforzo operano con un termine di Carenza di 120 giorni;
- g. le ernie addominali o da Sforzo, manifestatesi dopo un termine di Carenza di 120 giorni, escluse quelle discali. Solo quando sono non operabili e causano un'Invalidità Permanente, fissando quale percentuale di invalidità indennizzabile massima non superiore al 10%. La non operabilità deve essere certificata da uno specialista con riferimento a condizioni anatomiche locali (dimensioni e localizzazione dell'ernia) e cliniche generali oggettivamente documentate;
- h. le infezioni, diverse dal virus H.I.V., se il germe infettivo è entrato nel corso da una lesione causata da Infortunio e contemporaneamente alla lesione stessa;
- i. le conseguenze fisiche di interventi chirurgici, accertamenti o cure mediche resi necessari da Infortunio, **in deroga di quanto previsto al successivo Art. 6.2, punto 21.**

Questa Garanzia Assicurativa comprende anche gli Infortuni:

- j. derivanti da colpa grave dell'Assicurato;
- k. derivanti da aggressioni, atti di terrorismo, scioperi, sommosse o tumulti popolari, se l'Assicurato non vi ha partecipato attivamente e fatta salva la legittima difesa;
- l. derivanti da atti di temerarietà/audacia dell'Assicurato fatti per solidarietà umana;
- m. **in deroga di quanto previsto al successivo Art. 6.2, punto 10**, derivanti da stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, inclusi, ad esempio, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, a condizione che l'Infortunio si sia verificato all'estero nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici e l'Assicurato fosse già presente sul luogo interessato;
- n. derivanti da terremoti, inondazioni, alluvioni o eruzioni vulcaniche, maremoto e altre calamità naturali, **entro il Massimale indicato all'Art. 5.4.1;**
- o. derivanti da uso di velivoli ed elicotteri da parte dell'Assicurato come passeggero per trasporto pubblico o privato, **salvo quanto indicato all'Art. 6.2, punto 12;**
- p. sofferti dall'Assicurato in stato di male o incoscienza, limitatamente alle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio.

Garanzia Assicurativa	Prestazione assicurativa della Compagnia
Infortunio	A) Invalidità Permanente (IP) da Infortunio coperto dall'Assicurazione Se l'Invalidità Permanente si verifica entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio, anche dopo la cessazione della Garanzia Assicurativa e anche in caso di mancata stabilizzazione dei postumi a tale data (tenuto conto delle evidenze mediche), la Compagnia paga all'Assicurato un Indennizzo che corrisponde a una percentuale dell'importo di € 120.000, calcolata sulla base di queste tabelle, in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato. Nel caso di premorienza dell'Assicurato prima del termine (2 anni) per l'accertamento dei postumi permanenti dell'invalidità e per cause diverse da quella che ha generato



Garanzia Assicurativa	Prestazione assicurativa della Compagnia																																																																												
	l'invalidità, gli eredi dell'Assicurato possono dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di altra documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi. <table><tr><th>IP accertata</th><th>da 1% a 5%</th><th>6%</th><th>7%</th><th>8%</th><th>9%</th><th>10%</th><th>11%</th><th>12%</th><th>13%</th><th>14%</th><th>15%</th><th>16%</th><th>17%</th><th>18%</th><th>19%</th><th>da 20% a 40%</th></tr><tr><td>Indennizzo</td><td>nessuno</td><td>1%</td><td>2%</td><td>3%</td><td>4%</td><td>5%</td><td>6%</td><td>7%</td><td>8%</td><td>9%</td><td>10%</td><td>11%</td><td>12%</td><td>13%</td><td>14%</td><td>Pari alla % di IP accertata</td></tr></table> <table><tr><th>IP accertata</th><th>41%</th><th>42%</th><th>43%</th><th>44%</th><th>45%</th><th>46%</th><th>47%</th><th>48%</th><th>49%</th><th>50%</th><th>51%</th><th>52%</th><th>53%</th><th>54%</th><th>55%</th><th>56%</th><th>57%</th><th>58%</th><th>59%</th><th>da 60% a 100%</th></tr><tr><td>Indennizzo</td><td>43%</td><td>46%</td><td>49%</td><td>52%</td><td>55%</td><td>58%</td><td>61%</td><td>64%</td><td>67%</td><td>70%</td><td>73%</td><td>76%</td><td>79%</td><td>82%</td><td>85%</td><td>88%</td><td>91%</td><td>94%</td><td>97%</td><td>100%</td></tr></table> Ad esempio: in caso di Invalidità Permanente accertata al 50% viene riconosciuto all'Assicurato un Indennizzo pari al 70% dell'importo di € 120.000. L'Assicurato riceverà un Indennizzo di € 84.000  Per il calcolo del grado di Invalidità Permanente accertato, si fa riferimento alle percentuali delle tabelle allegate al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e riportate nell'Allegato 3 "Tabella delle Invalidità (INAIL)" e Allegato 4 "Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva (INAL Industria)". Alle voci e percentuali contenute in tali tabelle, si applicano questi criteri: - per le menomazioni degli arti superiori subite da un Assicurato mancino, le percentuali di Invalidità Permanente previste per il lato destro valgono per il lato sinistro; - la perdita totale e definitiva dell'uso di un organo o arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di una minorazione, le percentuali di Invalidità Permanente indicate in tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta; - in caso di perdita (anatomica o funzionale) di più organi o arti, l'Indennizzo viene determinato aggiungendo le percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%. L'Indennizzo per la perdita anatomica di una falange del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito, mentre per la perdita di una falange di qualunque altro dito l'Indennizzo è stabilito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito; - in caso di menomazioni di uno o più parti anatomiche e/o articolari di un singolo arto, si sommano i valori fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso; - per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera Invalidità Permanente soltanto l'asportazione totale; - nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di riferimento, l'Indennizzo è stabilito tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato a qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione effettivamente svolta; - per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si quantifica il grado di Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi; - in caso di perdita (anatomica o funzionale) di un organo/arto già minorato, le percentuali di Invalidità Permanente saranno diminuite tenendo conto del grado di Invalidità Permanente preesistente. La Compagnia paga l'Indennizzo per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che non dipendono da condizioni fisiche o Malattie preesistenti. Se, al momento dell'Infortunio, l'Assicurato ha già delle menomazioni sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate, come se l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente sana. B) Diaria da ricovero a seguito di Infortunio Dopo il Ricovero in Istituto di Cura - documentato da Cartella Clinica - a seguito di Infortunio, la Compagnia paga all'Assicurato un Indennizzo in forma di Diaria di € 50,00 per ogni notte di Ricovero con un massimo di 30 notti, a condizione che il Ricovero abbia richiesto almeno 2 notti in Istituto di Cura.	IP accertata	da 1% a 5%	6%	7%	8%	9%	10%	11%	12%	13%	14%	15%	16%	17%	18%	19%	da 20% a 40%	Indennizzo	nessuno	1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%	11%	12%	13%	14%	Pari alla % di IP accertata	IP accertata	41%	42%	43%	44%	45%	46%	47%	48%	49%	50%	51%	52%	53%	54%	55%	56%	57%	58%	59%	da 60% a 100%	Indennizzo	43%	46%	49%	52%	55%	58%	61%	64%	67%	70%	73%	76%	79%	82%	85%	88%	91%	94%	97%	100%
IP accertata	da 1% a 5%	6%	7%	8%	9%	10%	11%	12%	13%	14%	15%	16%	17%	18%	19%	da 20% a 40%																																																													
Indennizzo	nessuno	1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%	11%	12%	13%	14%	Pari alla % di IP accertata																																																													
IP accertata	41%	42%	43%	44%	45%	46%	47%	48%	49%	50%	51%	52%	53%	54%	55%	56%	57%	58%	59%	da 60% a 100%																																																									
Indennizzo	43%	46%	49%	52%	55%	58%	61%	64%	67%	70%	73%	76%	79%	82%	85%	88%	91%	94%	97%	100%																																																									



ATTENZIONE! PER IL CALCOLO DEL GRADO DI INVALIDITÀ SI FA RIFERIMENTO ALLA TABELLA "INAIL"



Garanzia Assicurativa	Prestazione assicurativa della Compagnia
	C) Diaria da convalescenza a seguito di Infortunio Dopo il Ricovero - documentato da Cartella Clinica - a seguito di Infortunio, la Compagnia paga all'Assicurato un ulteriore Indennizzo in forma di Diaria di € 50,00 per ogni giorno di Convalescenza. Il periodo di Convalescenza viene prestabilito in un numero pari ai giorni di Diaria riconosciuti ai sensi del precedente punto B), e senza obbligo di presentazione di certificato medico per comprovare il periodo di Convalescenza. D) Diaria da gessatura a seguito di Infortunio Dopo l'applicazione della Gessatura all'Assicurato a seguito di Infortunio, la Compagnia paga un Indennizzo in forma di Diaria di € 50,00 per ogni giorno in cui l'Assicurato ha portato la Gessatura, con un massimo di 30 giorni per Infortunio. L'Indennizzo è pagato su presentazione di un verbale di pronto soccorso, della radiografica che comprova la frattura dell'osso e i certificati medici originali che attestano l'applicazione e la rimozione della Gessatura, a condizione che: • la frattura dell'osso sia stata diagnosticata entro 15 giorni dalla data dell'Infortunio; • la Gessatura sia stata messa e tolta da personale medico. Per queste fratture ossee accertate con radiografia per cui è prevista l'immobilizzazione totale senza gesso, la Compagnia paga comunque la Diaria indicata sopra, sulla base dei giorni di riposo indicati nel verbale di pronto soccorso: • frattura del bacino; • frattura dell'anca; • frattura dello sterno; • frattura del femore; • frattura della colonna vertebrale; • frattura di almeno una delle costole; • frattura del cranio; • frattura della clavicola. Non sono invece coperte dalla Garanzia Assicurativa le fratture ossee di un singolo dito del piede o della mano e delle ossa nasali.

Gli Indennizzi indicati ai precedenti punti da A) a D) possono cumularsi tra loro a seguito di un unico Sinistro.

5.4.1 Massima esposizione della Compagnia

In caso di movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni o eruzioni vulcaniche, l'importo complessivo massimo per Sinistri causati da un unico Evento tra quelli sopra descritti (incluse, tutte le manifestazioni rilevabili e certificabili da un medico in un arco di 168 ore a partire dalla prima): € 10.000.000 per Evento.

Se l'insieme degli importi liquidabili a tutti gli Assicurati con la Compagnia, in conseguenza di un unico evento, supera € 10.000.000, questi importi sono ridotti proporzionalmente.

GARANZIA DENTAL (EMERGENZA E PREVENZIONE)





5.5 Garanzia Assicurativa "Dental"

La Garanzia Assicurativa copre – in forma di Pagamento Diretto o di Pagamento Rimborsuale – le spese per Prestazioni Sanitarie di cui l'Assicurato necessita per emergenza e prevenzione odontoiatrica dalla Data di Decorrenza e durante il periodo di validità della stessa e, nei casi specificamente indicati, dopo il periodo di Carenza indicato all'Art. 7.1, con le esclusioni di cui all'Art.6 e con i limiti indicati all'Art.5.5.1.

La Garanzia Assicurativa opera solo se le Prestazioni Sanitarie sono:

- incluse nelle tabelle "Prestazioni Sanitarie odontoiatriche di Emergenza" e "Prestazioni Sanitarie odontoiatriche di prevenzione" riportate al successivo Art. 5.5.1;
- giudicate necessarie da un dentista; e
- svolte in un centro odontoiatrico, appartenente o meno al Network Convenzionato.

Prestazione Sanitaria	Prestazione assicurativa della Compagnia
Prestazioni odontoiatriche di emergenza e/o prevenzione	Se l'Assicurato sceglie di ricevere le Prestazioni Sanitarie di emergenza e/o Prevenzione odontoiatrica in strutture: • del Network Convenzionato, la Compagnia farà un Pagamento Diretto – senza applicazione di Massimali o altre limitazioni – alla struttura del Network Convenzionato che ha reso la Prestazione Sanitaria previo contatto da parte dell'Assicurato con il Servizio Clienti; • non appartenenti al Network Convenzionato, alla fine delle cure la Compagnia farà un Pagamento Rimborsuale all'Assicurato, secondo i limiti d'importo per singola prestazione e i Massimali indicati nel successivo Art. 5.5.1. La Garanzia Assicurativa opera anche per le Prestazioni Sanitarie odontoiatriche rese dopo il periodo di Carenza indicato all'Art. 7.1 per Malattie preesistenti.

5.5.1 Massimali e limitazioni Garanzia Assicurativa "Dental"

Se l'Assicurato:

- contatta il Servizio Clienti e utilizza una struttura del Network Convenzionato, le Prestazioni Sanitarie sono coperte dal Pagamento Diretto della Compagnia e il Massimale è illimitato;
- sceglie una struttura non appartenente al Network Sanitario Convenzionato, la Compagnia copre le Prestazioni Sanitarie con un Pagamento Rimborsuale una volta finite le cure, secondo i limiti di importo indicati nella colonna "Cure con Pagamento Rimborsuale" delle Tabelle 1 e 2, e fino alla concorrenza del Massimale di € 1.000; e
- beneficia di Prestazioni Sanitarie odontoiatriche a seguito di una Malattia improvvisa o un Infortunio mentre si trova temporaneamente all'estero per un periodo consecutivo non superiore a 45 giorni, si applica un Massimale di € 1.000;
- si avvale del SSN, i ticket sanitari sono rimborsati al 100%, fermo il limite di importo indicati nella colonna "Cure con Pagamento Rimborsuale" delle Tabelle 1 e 2, e fino a concorrenza del Massimale di € 1.000.

Tabella 1: Cure eseguite con Pagamento Diretto - Prestazioni sanitarie gratuite per l'Assicurato con costo a carico della Compagnia

Prestazioni Sanitarie di Emergenza odontoiatrica



Codice	Descrizione	Cure con Pagamento Rimborsuale
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	€ 10,00
SD01	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	€ 17,00
SD02	Radiografia per 1 o 2 denti congiunti o Endorale per due elementi vicini	€ 17,00
SD03	Radiografia per monitorare la cura iniziata	€ 13,00
SD12	Otturazione per carie semplice Cavità di I e V Classe di Black	€ 30,00
SD13	Otturazione per carie profonde Cavità di II Classe di Black due pareti	€ 53,00
SD17	Ricostruzione coronale in amalgama a più cuspidi	€ 71,00
SD18	Ricostruzione coronale in composito - colore dente	€ 90,00
SD19	Asportazione gengive o gengive in eccesso o rimodellamento gengivale	€ 109,00
SD20	Interventi di piccola chirurgia: Lembo gengivale per 4 denti	€ 184,00
SD21	Interventi di piccola chirurgia: Lembo muco gengivale per 4 denti	€ 236,00
SD22	Interventi di piccola chirurgia: chirurgia ossea resettiva incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	€ 311,00
SD30	Estrazione semplice di dente o radice	€ 23,00
SD35	Apicectomia con Lembo (esclusa terapia canalare) e relative endorali	€ 120,00
SD37	Reinserimento di dente avulso	€ 65,00
SD47	Asportazione cisti mascellari	€ 300,00
SD48	Asportazione cisti - intervento per necrosi - osteite circos. mascellare	€ 30,00
SD49	Asportazione cisti - intervento per necrosi - osteite diffusa mascellare	€ 120,00
SD50	Asportazione cisti - Sbrigliamento - incisione adenoflemmone	€ 65,00
SD51	Eliminazione corpi estranei da cavità orale	€ 154,00
SD54	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione monocalare	€ 53,00
SD55	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione bicale	€ 83,00
SD56	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione tricale	€ 120,00
SD57	Medicazioni canalari e sedute per specificazione	€ 26,00
SD94	Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica	€ 30,00

Tabella 2: Cure eseguite con Pagamento Diretto - Prestazioni Sanitarie gratuite per l'Assicurato con costo a carico della Compagnia

Prestazioni Sanitarie di Prevenzione odontoiatrica

Codice	Descrizione	Cure con Pagamento Rimborsuale
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	€ 10,00
SD08	Ablazione del tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curettaggio manuale superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale e igiene orale	€ 41,00



Codice	Descrizione	Cure con Pagamento Rimborsuale
SD11	Assorbimento del fluoro nello smalto (lucidatura); applicazioni topiche oligoelementi	€ 15,00

Ricorda che possono essere indennizzate 2 Prestazioni Sanitarie di Prevenzione odontoiatrica a scelta tra quelle incluse nella Tabella 2, per ogni Anno Assicurativo. Le Prestazioni devono essere effettuate in un'unica seduta.

GARANZIA ASSISTENZA



5.6 Garanzia Assicurativa "Assistenza"

La Garanzia Assistenza offre all'Assicurato – tramite la Struttura Organizzativa di Europ Assistance – le seguenti forme di Assistenza in caso di Malattia e/o Infortunio. Tutte le Prestazioni sono di seguito elencate ed organizzate in quattro aree di bisogno:

- A. Medical Assistance ovvero prestazioni di Assistenza sanitaria;
- B. Temporary medical care ovvero prestazioni di Assistenza domiciliare sanitaria post-ricovero;
- C. Personal care ovvero prestazioni di Assistenza domiciliare non sanitaria post-ricovero;
- D. Family care ovvero prestazioni di Assistenza domiciliare alla famiglia post-ricovero

con le esclusioni di cui all'Art.6 e le Franchigie e gli Scoperti indicati all'Art.5.6.1.

La Struttura Operativa deve essere contattata telefonicamente dall'Assicurato, che non potrà richiedere eventuali rimborsi di spese sostenute per ottenere autonomamente servizi di assistenza.

Se non diversamente indicato, le prestazioni valgono al domicilio comunicato in fase di apertura del sinistro.

Assistenza	Prestazione della Compagnia
A) Medical Assistance	A.1) Consulenza medica (telefonica) Qualora, a seguito di Infortunio o Malattia, l'Assicurato necessiti di informazioni sanitarie e/o consigli medici, potrà contattare la Struttura Organizzativa di Europ Assistance per una consulenza medica telefonica erogabile h24 7/7. Qualora l'Assicurato lo desideri e si sia registrato all'area riservata di My Cardif, potrà richiedere alla Struttura di Assistenza di organizzare una consulenza telefonica dal lunedì al sabato (festivi esclusi) dalle ore 09:00 alle ore 19:00. Si precisa che la consulenza medica, considerate anche le modalità di prestazione del servizio, non fornisce diagnosi e/o prescrizioni ed è prestata sulla base delle informazioni fornite a distanza dall'Assicurato. La stessa non sostituisce una visita medica né il servizio di guardia medica o il servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze. A.2) Consulenza specialistica telefonica Qualora, a seguito di Infortunio o Malattia, l'Assicurato non riuscisse a reperire il proprio specialista di fiducia e necessiti di informazioni sanitarie e/o consigli medici specialistici, potrà contattare la Struttura Organizzativa e chiedere una consulenza specialista telefonica (cardiologica, ortopedica, medicina dello sport, neurologica, dermatologica, alimentare,



Assistenza	Prestazione della Compagnia
	ginecologica, geriatria, psicologica). Qualora non fosse possibile reperire immediatamente il medico specialista, l'Assicurato verrà richiamato entro le successive 8 ore lavorative, dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì. Si precisa che la consulenza medica specialistica, considerate anche le modalità di prestazione del servizio, non fornisce diagnosi e/o prescrizioni ed è prestata sulla base delle informazioni fornite a distanza dall'Assicurato. La stessa non sostituisce una visita medica specialistica. A.3) Consulenza pediatrica telefonica Qualora, a seguito di Infortunio o Malattia, l'Assicurato non riuscisse a reperire il proprio specialista di fiducia e necessiti di informazioni sanitarie e/o consigli medici specialistici, potrà contattare la Struttura Organizzativa e chiedere una consulenza specialista pediatrica telefonica. Qualora non fosse possibile reperire immediatamente il medico specialista, l'Assicurato verrà richiamato entro le successive 8 ore lavorative, dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì. Si precisa che la consulenza medica specialistica, considerate anche le modalità di prestazione del servizio, non fornisce diagnosi e/o prescrizioni ed è prestata sulla base delle informazioni fornite a distanza dall'Assicurato. La stessa non sostituisce una visita medica specialistica. A.4) SECOND OPINION INTERNAZIONALE Qualora l'Assicurato a seguito di un Infortunio o una Malattia, per la quale sia già stata effettuata una diagnosi o definito un approccio terapeutico, desideri richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica potrà contattare la Struttura Organizzativa di Europ Assistance che, previo contatto telefonico con l'Assicurato, gli offrirà la possibilità di ottenere le consulenze mediche specialistiche di cui necessita nonché l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di Centri Medici qualificati. I medici della Struttura Organizzativa, di Europ Assistance effettuano un primo esame, eventualmente colloquiando anche con i medici curanti, e procedono alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria per elaborare i quesiti che verranno sottoposti ai Medici Specialisti. Tutti i dati clinici, saranno trasmessi al Centro Medico internazionale di riferimento. Il Centro Medico internazionale di riferimento, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei Medici Specialisti, formula rapidamente la propria risposta scritta, che viene inviata alla Struttura Organizzativa di Europ Assistance che, a sua volta, la trasmetterà all'Assicurato, aiutandolo ove occorra, ad interpretarla. Nel caso in cui i medici specialisti del centro internazionale valutassero la necessità di una visita presso il centro di riferimento la Struttura Organizzativa di Europ Assistance provvederà a organizzare la visita in loco, il viaggio e 1 notte di pernottamento fino ad un massimo di 1.000 €. A.5) Invio di un medico in Italia Qualora, a seguito di Infortunio o Malattia, l'Assicurato necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, accertata la necessità della Prestazione, la Struttura Organizzativa di Europ Assistance provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento in autoambulanza nel Centro Medico idoneo più vicino. La Prestazione viene fornita: • dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali; • 24 ore su 24 sabato e domenica e nei giorni festivi. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze. A.6) Trasferimento sanitario programmato in Italia Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, necessiti di un trasferimento



Assistenza	Prestazione della Compagnia
	sanitario programmato, la Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico da parte dei propri medici e d'intesa con i medici curanti, provvederà a organizzare: • il suo trasferimento presso l'Istituto di Cura dove deve essere ricoverato; • il suo trasferimento dall'Istituto di Cura presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso; • il suo trasferimento alla residenza a seguito dimissione ospedaliera. La Struttura Organizzativa provvederà all'invio di un'autoambulanza tenendone a carico i costi entro il Massimale indicato all'Art. 5.6.1. La Struttura Organizzativa di Assistenza non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze. A.7) Rientro sanitario Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero subisca un Infortunio o Malattia e le sue condizioni siano tali che i medici della Struttura Organizzativa, d'intesa con i medici curanti sul posto o, in assenza di questi ultimi, con il medico inviato dalla Struttura Organizzativa, ritengano necessario un trasferimento in un Istituto di cura prossimo alla residenza in Italia allo scopo di assicurare una Cura adeguata alle condizioni del paziente, la Struttura Organizzativa definirà le modalità del rientro e provvederà a organizzare il trasferimento del paziente con il mezzo più idoneo tra: • aereo sanitario; • aereo di linea (anche barellato); • ambulanza; • treno 1° classe/vagone letto. Il trasferimento dell'Assicurato con aereo sanitario potrà avere luogo da tutti i paesi Europei (Europa geografica) e paesi del Bacino del Mediterraneo. Da tutti gli altri Paesi il trasferimento avverrà esclusivamente con aereo di linea, eventualmente barellato e, se necessario, con accompagnamento di personale medico e/o infermieristico. Tutti i costi di organizzazione e di trasporto del paziente, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico inviato sul posto e che lo accompagnano, sono a carico della Struttura Organizzativa. Non danno luogo al trasferimento: • le malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie; • gli infortuni e le malattie che non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio o che, a giudizio dei medici, non necessiti di rientro sanitario e possano essere curate sul posto. È espressamente previsto che nel caso di Paesi "MSC & Region" ogni servizio, attività o prestazione potrà avvenire solo in conformità alle Condizioni di Assicurazione e, in ogni caso, non in contrasto con divieti o limitazioni internazionali applicabili su soggetti, entità o strutture o Paesi. A.8) Trasporto della salma La Struttura Organizzativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma dell'Assicurato deceduto in viaggio all'Estero a seguito di Infortunio o Malattia fino al luogo di sepoltura in Italia, in base alla residenza del deceduto, tenendo a proprio carico le spese relative al feretro sufficiente per il trasporto ed al trasporto stesso entro il Massimale indicato all'Art.5.6.1.; sono escluse le spese relative all'eventuale recupero della salma e alla cerimonia funebre. A.9) Assistenza ai minori di anni 14 Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, venga ricoverato in Istituto di Cura all'estero, e non possa essere dimesso entro 7 giorni dalla data del Ricovero, e qualora in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un persona di fiducia per assistere i minori di 14 anni rimasti soli durante il Ricovero, la Struttura



Assistenza	Prestazione della Compagnia
	Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio mettendo a disposizione un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (1a classe) o se il viaggio supera le 6 ore in aereo (classe economica) e tenendo a proprio carico i relativi costi. La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese di pernottamento in loco e prima colazione per la persona di fiducia, per una durata massima di 2 notti ed entro il Massimale indicato all'Art.5.6.1. A.10) Assistenza ai familiari Assicurati Nel caso di Ricovero ospedaliero o di Trasferimento Sanitario dell'Assicurato e qualora gli altri Assicurati intendano rimanere sul posto per assisterlo, la Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese di rientro al domicilio o di pernottamento in loco e prima colazione per gli Assicurati, per una durata massima di 2 notti ed entro il Massimale indicato all'Art.5.6.1. A.11) Viaggio di un familiare In caso di Ricovero ospedaliero dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia e qualora, in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un familiare, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio del familiare mettendo a disposizione di quest'ultimo un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (1° classe), se il viaggio supera le sei ore, in aereo (classe economica) tenendo a proprio carico i relativi costi. Sono escluse le spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare e qualsiasi altre spesa al di fuori di quelle sopra indicate. A.12) Invio medicinali all'estero Qualora l'Assicurato, necessiti di medicinali regolarmente prescritti da un medico, introvabili sul posto e purché commercializzati in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà a reperirli ed a inviarli con il mezzo più rapido e nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali. La Struttura Organizzativa terrà a suo carico le spese relative al reperimento ed alla spedizione dei medicinali, mentre il costo degli stessi resta a carico dell'Assicurato. In alternativa la Struttura Organizzativa potrà fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale. A.13) Monitoraggio del Ricovero ospedaliero A seguito di Ricovero ospedaliero per infortunio e/o Malattia e su richiesta dell'Assicurato, i medici della Struttura Organizzativa stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa. La Prestazione è fornita previo consenso esplicito dell'Assicurato rilasciato al reparto di degenza, in conformità al Regolamento europeo 2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati) ed alla relativa normativa interna di adeguamento.
B) Temporary Medical Care (prestazioni valide solo in Italia)	B.1) Assistenza infermieristica post-Ricovero a domicilio Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, che abbia dato luogo a Ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a 2 giorni, necessiti di assistenza infermieristica, la Struttura Organizzativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere proprio medico, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'Istituto di Cura, provvederà a fornire un'assistenza infermieristica specializzata, entro il Massimale previsto all'Art. 5.6.1. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della Prestazione 2 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura. B.2) Assistenza infermieristica per familiari non autosufficienti Qualora l'Assicurato, ricoverato in un Istituto di Cura, a seguito di Infortunio o Malattia, richieda l'assistenza infermieristica presso il proprio domicilio per i familiari conviventi non



Assistenza	Prestazione della Compagnia
	autosufficienti rimasti soli, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un infermiere tenendo a proprio carico le spese esclusivamente nell'arco delle prime quattro settimane di Convalescenza" entro il Massimale previsto all'Art.5.6.1. Il personale infermieristico sarà messo a disposizione nel minor tempo possibile e compatibilmente con le oggettive situazioni locali. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della Prestazione due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di Ricovero dell'Istituto di Cura. B.3) Assistenza fisioterapia post-Ricovero a domicilio In alternativa alla Prestazione "Assistenza Infermieristica post-Ricovero", qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, che abbia dato luogo a Ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a 2 giorni, necessiti di Assistenza fisioterapia, la Struttura Organizzativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere del medico della Struttura Organizzativa, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'Istituto di Cura, provvederà a fornire un'assistenza fisioterapia specializzata entro il Massimale previsto all'Art.5.6.1. La Prestazione viene fornita dalle ore 8 alle ore 18, dal lunedì al venerdì. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della Prestazione 2 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura. B.4) Consegna farmaci a domicilio Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, per le cure del caso, necessiti, secondo prescrizione medica, di specialità medicinali (sempre che commercializzate in Italia), la Struttura Organizzativa provvederà alla ricerca ed alla consegna dei farmaci. Restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali. B.5) Ricerca negozi per articoli sanitari, presidi e protesi La prestazione è fornita dalle 9.00 alle 18.00 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali. Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia e/o Infortunio, abbia necessità di reperire articoli sanitari, presidi e protesi, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, provvederà a segnalare il negozio più vicino al proprio domicilio.
C) Personal Care (prestazioni valide solo in Italia)	C.1) Collaboratrice familiare Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, che abbia dato luogo a Ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a due giorni, necessiti dell'assistenza di una persona presso il suo domicilio per attendere alle normali attività nell'arco delle prime 2 settimane di Convalescenza, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione una collaboratrice familiare tenendo a proprio carico il costo entro il Massimale previsto all'Art. 5.6.1. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della Prestazione almeno 2 giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura. C.2) Assistenza familiare con operatore socio sanitario a domicilio Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, risulti non autosufficiente, e necessiti di Assistenza di un Operatore Socio Sanitario presso l'Istituto di Cura presso il quale è ricoverato o post-Ricovero a domicilio, la Struttura Organizzativa, accertata la condizione di non-autosufficienza, provvederà a reperire ed inviare direttamente un operatore socio-sanitario tenendo a proprio carico il costo entro il Massimale previsto all'Art. 5.6.1. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della Prestazione almeno 2 giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura. C.3) Servizio spesa al domicilio Qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di gravi motivi



Assistenza	Prestazione della Compagnia
	di salute (Malattia, Infortunio) certificati dal medico curante, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di effettuare la consegna presso il proprio domicilio di generi alimentari o di prima necessità, con il massimo di due buste per richiesta, massimo una volta a settimana. Rimangono a carico dell'Assicurato i costi relativi a quanto per suo conto acquistato. La Prestazione viene fornita per un massimo di 4 volte per Sinistro. C.4) Consegna referti Qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di gravi motivi di salute (Malattia, Infortunio) certificati dal medico curante, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di ritirare per suo conto referti di accertamenti diagnostici effettuati per poi recapitarli presso il proprio domicilio o consegnarli al medico curante. La Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un corrispondente al domicilio dell'Assicurato, al quale consegnare la delega per il ritiro dei documenti. La Prestazione è fornita con un preavviso di 48 ore per un massimo di 4 volte per Sinistro. C.5) Adattamento abitazione/veicolo Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia, Infortunio, come da certificato medico comprovante il proprio stato di Invalidità Permanente, necessiti di eseguire presso il proprio domicilio dei lavori per l'adattabilità della propria abitazione/veicolo, la Struttura Organizzativa previo contatto fornirà indicazioni per l'esecuzione dei lavori tramite la propria rete o se l'Assicurato dovesse decidere di provvedervi autonomamente la Struttura Organizzativa rimborserà le spese sostenute entro il Massimale previsto all'Art.5.6.1.. Qualora l'Assicurato avesse fatto richiesta degli incentivi in base a quanto stabilito dalla legge 13/89 e successive modifiche, il Massimale di cui sopra si intenderà in eccedenza a quanto eventuale non riconosciuta.
D) Family Care (prestazioni valide solo in Italia)	D.1) Invio pediatra (in caso di Assicurato Aggiuntivo) Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, necessiti di un pediatra e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della Prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei pediatri convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei pediatri convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà l'invio di un medico generico o un trasporto in autoambulanza nel Centro Medico idoneo più vicino. La Prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o 24 ore su 24 sabato e domenica e nei giorni festivi. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze. D.2) Invio baby sitter Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, che abbia dato luogo a Ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a 2 giorni, si trovi nell'impossibilità di occuparsi dei minori di anni 12, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente una baby sitter, salvo disponibilità, tenendo a proprio carico l'onorario entro il Massimale previsto all'Art. 5.6.1. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della Prestazione almeno 2 giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura. D.3) Accompagnamento scuola minori Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, che abbia dato luogo a Ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a 2 giorni, si trovi nell'impossibilità di accompagnare a scuola i minori di anni 12, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente al domicilio dell'Assicurato un taxi tenendo a proprio carico il costo entro il Massimale previsto all'Art. 5.6.1. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della Prestazione almeno 2 giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il



Assistenza	Prestazione della Compagnia
	certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura. D.4) Custodia animali Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, che abbia dato luogo a Ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a 2 giorni, e non esistendo la possibilità di affidare i suoi animali domestici ad un familiare, sia impossibilitato ad accudire i propri animali domestici, la Struttura Organizzativa provvederà a custodirli in idonea struttura tenendo a proprio carico le spese di pensionamento entro il Massimale previsto all'Art. 5.6.1. Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della Prestazione almeno 2 giorni prima dell'attivazione.

Ricorda in ogni caso che:

LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ

La Compagnia non assume responsabilità per eventuali danni causati dall'intervento di autorità del paese nel quale è prestata l'Assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.

SEGRETO PROFESSIONALE

Per beneficiare della Garanzia Assicurativa, l'Assicurato deve liberare i medici che lo hanno visitato prima o dopo il Sinistro dal segreto professionale nei confronti della Struttura Organizzativa di Assistenza.

5.6.1 Massimali, Franchigie e Scoperti Garanzia Assicurativa "Assistenza"

Le prestazioni sono erogate fino a un massimo di 3 volte per Anno Assicurativo

A.) Medical Assistance

Forma di Assistenza	Massimale / Limite	Scoperto / Franchigia
A.1) Consulenza medica	Nessuno	Nessuno
A.2) Consulenza specialistica telefonica	Nessuno	Nessuno
A.3) Consulenza pediatrica telefonica	Nessuno	Nessuno
A.4) SECOND OPINION INTERNAZIONALE	€ 1.000 per la visita in loco	Nessuno
A.5) Invio di un medico in Italia	Nessuno	Nessuno
A.6) Trasferimento sanitario programmato in Italia	200 km per Sinistro	Nessuno
A.7) Rientro sanitario	Nessun Massimale	Nessuno
A.8) Trasporto della salma	€ 5.000 (IVA inclusa)	Nessuno
A.9) Assistenza ai minori di anni 14	€ 300,00 (IVA inclusa) per Evento	Nessuno
A.10) Assistenza ai familiari Assicurati	€ 500,00 (IVA inclusa) per Evento	Nessuno
A.11) Viaggio di un familiare	Nessun Massimale	Nessuno
A.12) Invio medicinali all'estero	Nessun Massimale	Nessuno
A.13) Monitoraggio Ricovero ospedaliero	Nessun Massimale	Nessuno

B.) Temporary Medical Care



Forma di Assistenza	Massimale / Limite	Scoperto / Franchigia
B.1) Assistenza infermieristica post Ricovero a domicilio	Massimale: € 500,00 per Anno Assicurativo nelle prime quattro settimane di Convalescenza	Nessuno
B.2) Assistenza infermieristica per familiari non autosufficienti	Massimale: € 500,00 per Anno Assicurativo nelle prime quattro settimane di Convalescenza	Nessuno
B.3) Assistenza fisioterapia post-Ricovero a domicilio	Massimale: € 500,00 per Anno Assicurativo nelle prime quattro settimane di Convalescenza	Nessuno
B.4) Consegna farmaci a casa	Nessun Massimale	Nessuno
B.5) Ricerca negozi per articoli sanitari, presidi, e protesi	Nessun Massimale	Nessuno

C.) Personal Care

Forma di Assistenza	Massimale / Limite	Scoperto / Franchigia
C.1) Collaboratrice familiare	Massimale: € 500,00 per un massimo di 20 giorni continuativi per Sinistro	Nessuno
C.2) Assistenza familiare con operatore socio sanitario a domicilio	Massimale: € 500,00 per un massimo di 20 giorni continuativi per Sinistro	Nessuno
C.3) Servizio spesa a casa	Nessun Massimale	Nessuno
C.4) Consegna referti	Nessun Massimale	Nessuno
C.5) Adattamento casa/veicolo	€ 5.000 per Sinistro	Nessuno

D.) Family Care

Forma di Assistenza	Massimale / Limite	Scoperto / Franchigia
D.1) Invio pediatra	Nessun Massimale	Nessuno
D.2) Invio baby sitter	Massimale: € 500,00 per Sinistro	Nessuno
D.3) Accompagnamento scuola minori	Massimale: € 200,00 per Sinistro	Nessuno
D.4) Custodia animali	Massimale: € 400,0 complessivi per Sinistro e per annualità Assicurativa	Nessuno

Art. 6. Quali eventi sono esclusi dalle Garanzie Assicurative?

6.1 Esclusioni per le Garanzie Assicurative "Spese Mediche", "Clinica Privata" e "Indennità"

Quale regola generale, le Garanzie Assicurative Spese Mediche, Clinica Privata e Indennità non coprono le complicanze, i postumi o le conseguenze (dirette e/o indirette) di Infortuni occorsi o Malattie preesistenti prima della Data di Decorrenza.

Tuttavia, ogni Assicurato - che abbia attiva almeno una delle Garanzie Assicurative indicate sopra da 5 anni ha diritto a quanto segue:

- dopo almeno 5 anni consecutivi di attivazione ininterrotta, la Compagnia paga un importo pari al 35% dell'Indennizzo previsto dall'Assicurazione, **fino al Massimale di € 10.000 per Anno Assicurativo;**
- dopo almeno 10 anni consecutivi di attivazione ininterrotta, la Compagnia paga un importo pari al 60%



dell'Indennizzo previsto dall'Assicurazione, fino al Massimale di € 20.000 per Anno Assicurativo.

Sono inoltre esclusi dalle Garanzie Assicurative Spese Mediche, Clinica Privata e Indennità:

1. i trattamenti e le prestazioni fatti e/o fatturati dopo la cessazione delle Garanzie Assicurative, tranne il Ricovero iniziato durante il periodo di efficacia dell'Assicurazione. In questo caso, le Garanzie Assicurative sono operanti fino alla data di dimissione dall'Istituto di Cura;
2. le degenze per finalità di Lungodegenza, soggiorno, Convalescenza o di terapie termali nell'ambito di Istituto di Cura;
3. le spese relative a vaccini, prestazioni sanitarie che hanno in generale finalità di prevenzione, check-up, screening o controllo periodico;
4. le spese relative a prestazioni di agopuntura o logopedia;
5. le spese relative ai trattamenti fisioterapici, salvo che sia stata acquistata la Garanzia Assicurativa "Spese Mediche" o "Clinica Privata";
6. le spese relative a prestazioni sanitarie di qualsiasi natura, non accompagnate dall'indicazione della Malattia (sospettata o accertata) e quelle fatte per motivi di sola familiarità o per predisposizione genetica. Sono esclusi anche i test genetici;
7. le spese presso strutture diverse da Istituti di Cura e Centri Medici;
8. le prestazioni fatte da medici o professionisti sanitari non iscritti al relativo albo professionale (tranne l'assistenza infermieristica e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi);
9. le spese che superano i limiti, i Massimali e quelle relative a cure non indicate nelle Prestazioni Sanitarie citate nell'Art. 5;
10. i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di medicina alternativa, complementare non convenzionale o Sperimentale;
11. qualsiasi Malattia connessa direttamente o indirettamente all'H.I.V., nonché le Malattie sessualmente trasmesse;
12. gli Infortuni, le Malattie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti (tranne la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
13. gli Infortuni subiti: in stato di ebbrezza (come definito dal Codice della Strada) o di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o conseguenti a atti o delitti dolosi, compiuti oppure tentati dall'Assicurato;
14. le prestazioni necessarie a seguito di lesioni autoinflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, tranne in caso di atti compiuti dall'Assicurato per solidarietà umana o per legittima difesa;
15. gli Infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
16. gli Infortuni derivanti dalla pratica delle seguenti attività anche se svolte a carattere ricreativo: da salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove);
17. gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
18. le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezione, tumulto popolare, aggressione o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
19. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
20. le conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
21. le applicazioni di carattere estetico;
22. i trattamenti e gli interventi di chirurgia plastica e ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici), tranne gli interventi a scopo ricostruttivo: a. anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età; b. a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi dell'Assicurazione; c. a seguito di interventi chirurgici demolitivi coperti dall'Assicurazione per tumore (cd. neoplasia maligna);
23. i trattamenti psicoterapici e le spese dovute a Malattie mentali e disturbi psichici in genere, e in particolare le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;
24. l'interruzione volontaria della gravidanza (diversa, quindi, dall'Aborto terapeutico);
25. le cure e gli accertamenti odontoiatrici, le protesi dentarie e le cure ortodontiche necessarie a seguito di Malattia o Infortunio, tranne quanto previsto per le Prestazioni Sanitarie extra-ospedaliere "B.2) Accertamenti diagnostici" e "B.4) Visite specialistiche" della Garanzia Assicurativa "Spese Mediche";
26. le cure e gli interventi chirurgici per eliminare o correggere Difetti fisici o Malformazioni preesistenti rispetto alla Data di Decorrenza e le Malattie ad esse correlate, tranne quanto previsto per le Prestazioni Sanitarie



ospedaliero in SSN incluse nella categoria "A.2) Indennizzo per Ricovero con intervento chirurgico su neonati in SSN" della Garanzia Assicurativa "Spese Mediche" e le Prestazioni Sanitarie incluse nella categoria "B.) Neonato" della Garanzia Assicurativa "Clinica Privata";

27. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza e tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici per modificare i caratteri sessuali;
28. la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
29. i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e ogni cura resa necessaria da questi disturbi, gli interventi di Chirurgia Bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di terzo grado (indice di massa corporea uguale o superiore a 40);
30. le protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, tranne le endoprotesi impiantate in caso di Ricovero e Day Hospital con intervento chirurgico;
31. i trattamenti e le prestazioni non necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia od Infortunio;
32. le spese per lenti ed occhiali;
33. le spese di viaggio e dell'accompagnatore;
34. i ricoveri per check-up clinici (cd. Ricoveri Impropri).

6.2 Esclusioni per la Garanzia Assicurativa "Infortuni"

La Garanzia Assicurativa "Infortuni" non copre i Sinistri derivanti da questi lavori e Attività professionali:

1. manipolazione di esplosivi o materiale pirotecnico (p.es. fuochi d'artificio), trasporto di esplosivi, lavoro che preveda il trattamento di materiale radioattivo, lavoro presso raffinerie;
2. detenzione, uso o manipolazione di armi;
3. lavoro in corpi militari, di polizia e vigili del fuoco, limitatamente ai servizi esterni non d'ufficio; esercitazioni, incarichi o missioni fatti a seguito di richiamo dal congedo;
4. lavoro ad altezze superiori a 10 metri, attività di demolizione di edifici, lavori nel sottosuolo (p.es., cave, miniere, pozzi, gallerie, cisterne, serbatoi), attività speleologica, lavori su piattaforme offshore o in alto mare in genere, attività subacquee (ad esempio, palombaro, sommozzatore);
5. attività circensi, attività acrobatiche e di collaudo di mezzi a motore, attori e ballerini;
6. lavoro di guida di alta montagna;
7. attività sportiva (gare, prove e relativi allenamenti). Sono invece comprese le attività sportive agonistiche e le attività sportive del tempo libero, ad eccezione di quelle elencate nei punti precedenti.

Sono inoltre esclusi:

8. Infortuni già verificatisi alla Data di Decorrenza e relative conseguenze e postumi;
9. gli infortuni conseguenti a atti o delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, atti di autolesionismo e di suicidio;
10. Sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata e non, inclusi, ad esempio, la guerra civile, l'insurrezione, l'occupazione militare e l'invasione, tranne in caso di Infortuni verificatisi all'estero nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi di guerra a condizione che l'Assicurato fosse già presente sul luogo degli stessi al momento dello scoppio di tali eventi;
11. Sinistri che siano diretta conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine per motivi non terapeutici o dello stato di ebbrezza (come definito dal Codice della Strada) o di ubriachezza;
12. Sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di un velivolo (i) non in qualità di passeggero, o (ii) di volo non di linea regolare, esercitato ad esempio da aeroclub o società private di lavoro aereo;
13. Sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o radioattività, comunque sviluppatasi;
14. Sinistri derivanti da sostanze biologiche, chimiche, o energia nucleare, utilizzate per finalità di terrorismo;
15. Sinistri conseguenti alla guida di veicoli o natanti a motore senza patente, tranne in caso di guida con patente scaduta, se l'Assicurato possa dimostrare di essere stato, al momento dell'Infortunio, in possesso dei requisiti per il rinnovo;
16. Infortuni subiti nello svolgimento di gare, e relative prove/ allenamenti, di sci alpino, snowboard, calcio, ciclismo, equitazione, svolte sotto la responsabilità delle competenti Federazioni, da parte di Assicurati ad esse tesserati, tranne per il caso di Invalidità Permanente almeno pari al 20%;
17. pratica sportiva di queste discipline, anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai, di grado superiore al terzo della scala UIAA; arti marziali in genere; atletica pesante; bob; body building; bungee jumping; canyoning (torrentismo); downhill bike; football americano; freeclimbing; hockey su ghiaccio o a rotelle; hydrospeed; immersioni con o senza autorespiratore; jet-ski; kite-surfing; lotta nelle sue



- varie forme; pugilato; rafting; regate o traversate in alto mare in solitaria; rugby; salto con sci o idrosci; sci d'acqua; sci o snowboard al di fuori di comprensori/stazioni sciistiche con impianti di risalita; skeleton; slittino; parkour; spedizioni esplorative; speleologia;
18. pratica di sport aerei in genere e del volo di diporto e sportivo (p.es., ultraleggeri, paracadutismo, deltaplano, parapendio, volo a vela);
 19. partecipazione, anche come passeggero, a gare, corse, esibizioni di velocità o su pista, e relative prove, allenamenti, con qualsiasi mezzo o natante a motore, salvo si tratti di regolarità pura;
 20. Infortuni che siano diretta conseguenza di stati depressivi, limitazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
 21. interventi chirurgici, accertamenti o cure mediche, tranne le conseguenze fisiche di interventi chirurgici, accertamenti o cure mediche resi necessari da Infortunio coperto dall'Assicurazione.

6.3 Esclusioni per la Garanzia Assicurativa "Dental"

La Garanzia Assicurativa "Dental" non copre:

1. i trattamenti e le prestazioni odontoiatriche non prestati da medici odontoiatri professionisti regolarmente iscritti all'albo dei medici chirurghi e odontoiatri;
2. i trattamenti e le prestazioni fatti e/o fatturati dopo la cessazione della Garanzia Assicurativa;
3. tutte le prestazioni e i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della Data di Decorrenza o durante il periodo di Carenza, tranne quanto previsto all'Art. 7.1;
4. cura o trattamento medico odontoiatrico che non consiste né in un'Emergenza odontoiatrica né in Prevenzione odontoiatrica e/o non rientrano nelle tabelle "Prestazioni Sanitarie di Emergenza odontoiatrica" e "Prestazioni Sanitarie di prevenzione odontoiatrica" di cui all'Art. 5.5.1;
5. le prestazioni a scopi estetici;
6. estrazioni di denti da latte;
7. le conseguenze di atti violenti o aggressioni in cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente;
8. stati patologici legati direttamente o indirettamente all'H.I.V. e a qualsiasi Malattia collegata con l'H.I.V.;
9. interventi chirurgici che richiedano anestesia generale o sedazione totale;
10. trattamenti ortodontici, anche se associati alla chirurgia ortognatica, prima o dopo l'intervento chirurgico;
11. Malattie mentali e disturbi psichici in genere, comprese le Malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive e quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
12. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni;
13. il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
14. gli Infortuni derivanti dallo svolgimento di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il freeclimbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
15. gli Infortuni causati da azioni volontarie (cd. dolose) compiute o tentate dall'Assicurato;
16. le conseguenze di tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato; imprese temerarie/audaci, tranne in caso di atti compiuti dall'Assicurato per solidarietà umana o legittima difesa;
17. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche di esposizione a radiazioni ionizzanti;
18. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, eventi atmosferici ed eruzioni vulcaniche;
19. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

6.4 Esclusioni per la Garanzia Assicurativa "Assistenza"

La Garanzia Assicurativa "Assistenza" non copre gli eventi dipendenti o provocati da:

1. alluvioni, inondazioni, terremoti e altri movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
2. guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, insurrezioni, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
3. atti volontari (cd. dolo) dell'Assicurato o colpa grave;
4. gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove e allenamenti;
5. La pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: sport aerei in genere, guida ed uso di deltaplani ed altri tipi di veicoli aerei ultraleggeri, paracadutismo, parapendii ed assimilabili, guidoslitta, bob, sci acrobatico, salti dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai,



- arrampicata libera (free climbing), kite-surfing, immersioni con autorespiratore, sports comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, pugilato, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, atletica pesante, rugby, football americano, speleologia, atti di temerarietà;
6. infortuni sofferti in conseguenza di Attività sportiva professionale, comunque non dilettantistiche (comprese gare, prove ed allenamenti);
 7. Malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la ventiseiesima settimana di gestazione e dal puerperio;
 8. Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniacodepressive e relative conseguenze/complicanze;
 9. Malattie preesistenti;
 10. espianto e/o trapianto di organi;
 11. abuso di alcolici o psicofarmaci nonché uso di stupefacenti e di allucinogeni;
 12. tutto quanto non è espressamente indicato nelle singole Prestazioni.

La Garanzia Assicurativa "Assistenza" ha le seguenti limitazioni:

- non copre gli Eventi che colpiscano Assicurati designati terroristi o sottoposti a misure nazionali, internazionali, dell'Unione Europea o statunitensi, (comprese le liste OFAC–Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov);
- non opera in Paesi sottoposti a misure di embargo totale e/o verso Paesi Major Sanctioned Countries & Region (anche "MSC & Region") ossia ad oggi Venezuela, Cuba, Iran, Nord Corea, Siria e Regione Crimea/Sebastopoli, Donetsk e Luhansk.

Unica eccezione è quando l'Assicurato si trovi in "pericolo di vita" in uno dei Paesi MSC & Region e in Venezuela; in tal caso saranno erogate prestazioni di Assistenza, purché non si incorra in infrazioni, neppure indirette, della normativa e delle restrizioni, tempo per tempo, applicabili. A tal fine, saranno effettuate opportune e tempestive verifiche per riscontrare l'esistenza dei presupposti e della relativa applicabilità.

Art. 7. Quanto durano le Garanzie Assicurative?

7.1 Quando iniziano e quanto durano?

Le Garanzie Assicurative hanno durata annuale, fatto salvo i periodi di Carenza indicati di seguito, e decorrono:

- dalle ore 24 del giorno indicato nella Lettera di Conferma se è stato pagato il Premio o la prima rata di Premio; in caso contrario le Garanzie Assicurative decorreranno dalle ore 24 del giorno di pagamento del Premio. È fatto salvo quanto disposto in caso di esercizio del diritto di Recesso.

Ricorda che alle seguenti Garanzie Assicurative - attivate al momento dell'invio della Lettera di Conferma da parte della Compagnia si applica un periodo di Carenza. Pertanto, queste Garanzie Assicurative sono efficaci solo a partire dalle seguenti date:

Garanzia Assicurativa	Data di efficacia della Garanzia Assicurativa - Carenza
"Spese Mediche"	• Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza; • Malattie: ◦ dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza (per le Prestazioni Sanitarie ospedaliere) o ◦ dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza (per le Prestazioni Sanitarie extraospedaliere) • Parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza; • Malattia infettiva a seguito di emergenza sanitaria internazionale (PHEIC) - Pacchetto Pandemia: dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza; • Conseguenze di Malattie insorte prima della firma della Proposta di Polizza ma non ancora conosciute/diagnosticate: dal 180° giorno successivo alla Data di Decorrenza; • Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e Aborto (spontaneo o terapeutico): dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza, purché la gravidanza sia iniziata dopo la Data di Decorrenza.
"Clinica Privata"	• Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza;



Garanzia Assicurativa	Data di efficacia della Garanzia Assicurativa - Carenza
	- Malattie: dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza (per le Prestazioni Sanitarie ospedaliere) o dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza (per le Prestazioni Sanitarie extraospedaliere) - Parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza; - Conseguenze di Malattie insorte prima della firma della Proposta di Polizza ma non ancora conosciute/diagnosticate: dal 180° giorno successivo alla Data di Decorrenza; - Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e Aborto (spontaneo o terapeutico): dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza, purché la gravidanza sia iniziata dopo la Data di Decorrenza; - Malattia infettiva a seguito di emergenza sanitaria internazionale (PHEIC) - Pacchetto Pandemia: dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza; - Lipogems: dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza.
"Indennità"	- Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza; - Malattie: dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza; - Parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza; - Conseguenze di Malattie insorte prima della firma della Proposta di Polizza ma non ancora conosciute/diagnosticate: dal 180° giorno successivo alla Data di Decorrenza; - Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e Aborto (spontaneo o terapeutico): dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza, purché la gravidanza sia iniziata dopo la Data di Decorrenza.
"Dental"	- Prestazioni Sanitarie di Emergenza odontoiatrica: dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza; - Prestazioni Sanitarie di Prevenzione odontoiatrica: dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza.
"Pacchetto Check-Up"	Pacchetto Prevenzione: dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza.

Ricorda che:

- se, dopo il termine di Carenza, l'Assicurato chiede Prestazioni Sanitarie per Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami clinici per la prima volta durante i suddetti termini di Carenza, se coperte ai termini di Polizza, la Compagnia le rimborserà secondo le modalità previste dalla Condizioni di Assicurazione; e
- con il passaggio alla nuova edizione del prodotto UNICA BNL, il trasferimento dalla vecchia Polizza alla nuova al momento del rinnovo, avverrà senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa) e le carenze vengono applicate solo per le nuove prestazioni non incluse nella copertura originaria e vengono calcolate dalla data di effetto della (nuova) Polizza proveniente da sostituzione.

7.2 Quando si rinnovano?

Alla scadenza dell'Anno Assicurativo, l'Assicurazione si rinnova automaticamente di anno in anno (tacito rinnovo), a condizione che né il Contraente né la Compagnia abbiano dato disdetta scritta.

Almeno 60 giorni prima della scadenza dell'Anno Assicurativo, la Compagnia invia al Contraente una comunicazione che riepiloga le Coperture Assicurative e la data in cui l'Assicurazione si rinnoverà.

La disdetta può essere data almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Anno Assicurativo:

- dal Contraente, con e-mail, lettera raccomandata A/R o fax agli indirizzi di cui all'Art. 16 oppure compilando l'apposito modulo presso le filiali della Banca;
- dalla Compagnia nei casi indicati al successivo Art.12.2 con lettera raccomandata A/R da inviare all'indirizzo del Contraente indicato sulla Proposta di Polizza (o modificato successivamente).

7.3 Quando cessano?



Le Garanzie Assicurative cessano per tutti gli Assicurati nei seguenti casi:

Evento	Data di cessazione
Decesso del Contraente	Immediata con rimborso del Premio non goduto al netto delle imposte
Perdita dei requisiti del Contraente/Assicurato indicati all'Art. 3	Dal momento della perdita del requisito
Mancato pagamento del Premio (o della rata scaduta), ivi compreso il caso di chiusura del conto corrente	Decorsi 6 mesi dall'ultimo Premio (o rata di Premio) pagato se la Compagnia non agisce per la riscossione
Diritto di ripensamento del Contraente	Dalla Data di Decorrenza
Diritto di Recesso da parte della Compagnia	Dalla Data di Decorrenza
Disdetta da parte della Compagnia	Dalla scadenza annua
Disdetta annua del Contraente	Dalla scadenza annua
Dichiarazioni inesatte o reticenti, relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia	Dalla Data di Decorrenza

Inoltre, le Garanzie Assicurative cessano con riferimento al singolo Assicurato con:

- il compimento da parte dell'Assicurato del 75° anno di età durante il periodo di Assicurazione a seguito di tacito rinnovo (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa), a partire dalla prima scadenza annuale successiva;
- il sopravvenuto alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V e sindromi correlate con o senza AIDS di un Assicurato, con effetto immediato;
- la morte dell'Assicurato, con effetto immediato;
- l'uscita di un Assicurato dal Nucleo familiare o la perdita dello status di dipendente dell'Azienda Contraente, con effetto immediato;
- aggravamenti del rischio non noti o non accettati da Cardif.

Art. 8. Chi è il beneficiario delle Garanzie Assicurative?

In caso di Sinistro, il beneficiario è l'Assicurato.

Non possono essere beneficiari i residenti di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America o comunque i soggetti inclusi nelle liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).

Art. 9. Come si calcola e come si paga il Premio?

Per:

- **le Garanzie Assicurative "Spese Mediche" e "Clinica Privata"**, il Premio è calcolato sulla base dell'età di ogni Assicurato al momento dell'attivazione della Garanzia Assicurativa e viene adeguato annualmente in base all'età dell'Assicurato alla data di rinnovo, secondo quanto indicato nella Tabella di Variazione del Premio relativo alle Garanzie "Spese Mediche" e "Clinica Privata" della Polizza UNICA BNL; e
- **le Garanzie Assicurative "Indennità", "Infortuni" e "Dental"**, il Premio non dipende dall'età dell'Assicurato e rimane lo stesso durante tutta la durata dell'Assicurazione fermo quanto indicato all'Art. 10 in riferimento all'adeguamento tariffe.

Nel calcolare il Premio, la Compagnia applica questi sconti:

- a. sconto sul numero degli Assicurati: 50% sul Premio imponibile relativo a ogni Assicurato, tranne l'Assicurato più anziano della Polizza il cui Premio non viene mai scontato;
- b. sconto sul numero di Garanzie Assicurative: secondo le percentuali indicate sotto, calcolate sul Premio imponibile



dopo aver applicato lo sconto sul numero degli Assicurati.

Nel caso in cui si abbia diritto ad entrambi gli sconti, verrà applicato in primo luogo lo sconto numero Assicurati e successivamente lo sconto numero Garanzie Assicurate.

Numero Garanzie Assicurative attivate diverse dalla "Assistenza" (**)	Sconto percentuale sul Premio imponibile (*)
1	Nessuno sconto
2	10%
3	15%
4	20%
5	25%

(*) Da applicarsi dopo lo sconto sul numero degli Assicurati

(**) la Garanzia Assicurativa "Assistenza" non rileva ai fini del calcolo del numero delle Garanzie Assicurative attivate

Il Premio è annuo e può essere pagato in un'unica soluzione oppure rateizzato con frazionamento mensile, senza costi aggiuntivi. Entrambe le modalità di pagamento danno diritto a regolare quietanza del pagamento del Premio.

In caso di frazionamento il Premio è comunque dovuto per l'intero anno; pertanto, anche in caso di anticipata risoluzione della Polizza, il Contraente è tenuto a corrispondere le rimanenti rate del Premio stesso.

Il pagamento del Premio avviene tramite addebito automatico sul conto corrente del Contraente aperto presso la Banca indicato nella Proposta di Polizza, ferme le eventuali integrazioni dovute alla variazione degli Assicurati o delle Garanzie Assicurative attivate.

In caso contrario le coperture assicurative restano sospese dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza del pagamento e riprenderanno vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Resta inteso che è onere del Contraente comunicare tempestivamente eventuali variazioni intervenute nel corso del contratto con le modalità indicate all'Art. 16 "Come comunicare con la Compagnia?".

Art. 10. Cosa succede in caso di modifica del Premio e delle Condizioni di Assicurazione?

Se, oltre all'adeguamento in base all'età dell'Assicurato alla data di rinnovo, la Compagnia adegua le tariffe e di conseguenza il Premio aumenta, **la Compagnia comunica al Contraente la proposta scritta di modifica con un preavviso di 60 giorni rispetto alla scadenza dell'Anno Assicurativo; la Compagnia con le medesime modalità può comunicare al Contraente eventuali ulteriori modifiche contrattuali.**

Se il Contraente non accetta le modifiche contrattuali proposte può recedere dall'Assicurazione, dando comunicazione alla Compagnia con le modalità indicate all'Art. 16 "Come comunicare con la Compagnia" almeno 30 giorni prima della data di efficacia della modifica. In tal caso, l'Assicurazione cessa dalla fine dell'Anno Assicurativo in corso e il Contraente non dovrà pagare più nulla per gli anni successivi. In ogni caso, stipulando l'Assicurazione, il Contraente ha accettato che, se non comunica niente a seguito della proposta di modifica dell'importo del Premio o delle Condizioni di Assicurazione, il silenzio viene considerato come consenso alla modifica proposta.

Art. 11. Dove valgono le Garanzie Assicurative?

Le Garanzie Assicurative valgono:

- in tutto il mondo, per le Garanzie Assicurative "Spese Mediche", "Clinica Privata", "Indennità", "Infortuni" e "Dental"; e
- in tutto il mondo per la Garanzia Assicurativa "Assistenza" salvo specifica limitazione territoriale valida per alcune Prestazioni.

Art.12. Si può recedere dall'Assicurazione?

12.1 Diritto di ripensamento del Contraente



COME RECEDERE

Pagina 42 di 74



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

Quando?	In che modo?	Quali sono le conseguenze?
- Entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza in caso di vendita in agenzia oppure - Entro 60 giorni in caso di vendita tramite altri canali	Compilando l'apposito modulo presso le filiali della Banca BNL (farà fede la data di consegna del modulo allo sportello bancario) OPPURE Con lettera raccomandata A/R, fax o email agli indirizzi di cui all'Art. 16	Le Garanzie Assicurative cessano con effetto retroattivo dalla Data di Decorrenza e, quindi non operano sin dall'inizio - In caso di Eventi successi prima dell'esercizio del diritto di ripensamento, la Compagnia non ha alcun obbligo di pagamento/rimborso, né di rendere le prestazioni previste dall'Assicurazione. Se un Sinistro viene infatti denunciato nei 30/60 giorni in cui è possibile recedere dall'Assicurazione, significa che il Contraente ha rinunciato alla possibilità di recedere - Il Contraente ha diritto alla restituzione parziale del Premio secondo quanto previsto all'Art. 13

12.2 Recesso della Compagnia

Quando?	In che modo?	Quali sono le conseguenze?
Entro 30 giorni dalla scadenza annuale oppure in qualsiasi momento durante l'Anno Assicurativo se le dichiarazioni rilasciate dall'Assicurato alla firma della Proposta di Polizza o nell'ambito delle formalità di volta in volta previste, risultano inesatte e incomplete	Con comunicazione tramite lettera raccomandata A/R all'indirizzo indicato nella Proposta di Polizza (o modificato successivamente)	la Garanzia Assicurativa cessa alle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia è venuta a conoscenza della comunicazione. Il Cliente ha diritto alla restituzione parziale del Premio secondo quanto previsto all'Art. 13.
Entro 30 giorni dalla scadenza annuale oppure in qualsiasi momento durante l'Anno Assicurativo se il Contraente, il Titolare Effettivo (se presente) o uno degli Assicurati entrano a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov)	Con comunicazione tramite lettera raccomandata A/R all'indirizzo indicato nella Proposta di Polizza (o modificato successivamente)	la Garanzia Assicurativa cessa alle ore 24:00 del giorno di ricezione della raccomandata. Il Cliente ha diritto alla restituzione parziale del Premio secondo quanto previsto all'Art. 13.

Art. 13. In quali casi il Premio può essere restituito dalla Compagnia?

La Compagnia restituisce il Premio, in tutto o in parte, nei seguenti casi:

- perdita di uno o più requisiti indicati all'Art. 3.2:** la Compagnia restituisce al Contraente la parte di Premio relativa



al periodo tra il giorno in cui cessano le Garanzie Assicurative e la loro scadenza originaria, al netto delle imposte, come indicate nella Proposta di Polizza. Se non è stata comunicata la perdita di uno o più requisiti, la Compagnia può applicare una penale pari ai costi sopportati per la gestione dell'Assicurazione nel periodo in cui non sapeva della sua cessazione;

- **diritto di ripensamento del Contraente dall'Assicurazione secondo quanto previsto dall'Art. 12.1:** entro 30/60 giorni dalla data di ricevimento della documentazione che consente il rimborso, in assenza di Sinistro, la Compagnia restituisce al Contraente la parte di Premio non goduta, al netto delle imposte effettivamente sostenute per l'emissione dell'Assicurazione; e
- **recesso della Compagnia dall'Assicurazione secondo quanto previsto dall'Art. 12.2:** la Compagnia restituisce al Contraente il Premio versato e non goduto, al netto delle imposte;
- **cessazione delle Garanzie Assicurative nei casi indicati all'Art. 7** per l'eventuale quota di Premio pagata e non goduta, al netto delle imposte.

Art. 14. Quali obblighi ulteriori ha l'Assicurato?

Oltre agli obblighi previsti da altre clausole delle Condizioni di Assicurazione, l'Assicurato deve:

- **comunicare tempestivamente e per iscritto alla Compagnia nei modi indicati all'Art. 16 l'uscita dal Nucleo Familiare o la perdita dello status di dipendente dell'Azienda Contraente oppure il sopravvenire di alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V e sindromi correlate con o senza AIDS;**
- **sottoporsi a eventuali accertamenti e controlli medici chiesti dalla Compagnia, darle ogni relativa informazione e inviarle la documentazione medica del caso.**

Art. 15. Cosa succede in caso di dichiarazioni inesatte o incomplete?

L'Assicurazione e il Premio sono determinati in base alle informazioni date, e alle dichiarazioni fatte, dal Contraente e dall'Assicurato, al momento della sottoscrizione, in particolare compilando il Questionario Sanitario: di conseguenza, essi hanno l'obbligo di dare informazioni veritiere, corrette complete per un'esatta valutazione del rischio da parte della Compagnia.

Il Contraente e l'Assicurato devono altresì comunicare tempestivamente alla Compagnia per iscritto anche eventuali peggioramenti o modifiche dello stato di salute e ogni altro aggravamento del rischio, sia prima che durante la decorrenza dell'Assicurazione. Ricorda quindi che:

- **in caso di modifica dello stato di salute dell'Assicurato prima della Data di Decorrenza che influisca sulle dichiarazioni contenute nel Questionario Sanitario, la Compagnia svolgerà nuovamente le formalità per la sottoscrizione dell'Assicurazione e avrà diritto di rifiutare la sottoscrizione dell'Assicurazione; e**
- **dichiarazioni inesatte o incomplete, nonché aggravamenti del rischio non conosciuti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto a ricevere le prestazioni assicurative indicate nell'Art. 5 o, addirittura, la cessazione dell'Assicurazione, secondo quanto previsto dagli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del codice civile.**

Il Contraente e l'Assicurato **devono** inoltre informare per iscritto la Compagnia di ogni diminuzione del rischio e la Compagnia ridurrà il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione, ai sensi dell'articolo 1897 del codice civile, rinunciando sin d'ora a recedere dall'Assicurazione. Queste variazioni comporteranno, in ogni caso, la necessità di una sostituzione contrattuale che andrà perfezionata presso la filiale della Banca che gestisce l'Assicurazione.

Art. 16. Come comunicare con la Compagnia?

 Le comunicazioni del Contraente/Assicurato alla Compagnia riguardanti materie diverse da reclami o denunce di Sinistro devono essere inviate a mezzo e-mail, posta o fax, ad uno dei seguenti recapiti:

- tramite posta elettronica, per:
 - richieste di gestione della Polizza successive all'acquisto: all'indirizzo e-mail lineapersone@cardif.com;
 - richieste di informazioni sulla Polizza: all'indirizzo e-mail servizioclienti@cardif.com;
- a mezzo posta a, Cardif - Back Office Protezione - Post Vendita Casella postale 231 - 20123 Milano.

Alla comunicazione deve essere allegata la copia di un valido documento di identità e del codice fiscale e, in caso di invio via e-mail, anche una scansione della comunicazione debitamente firmata.



COME COMUNICO
CON LA
COMPAGNIA



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

Telefonando al numero verde del Servizio Clienti selezionando il tasto 4 al numero **800.900.515** dall'Italia dall'estero: **+39 02 7722 4551** (attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.00 ed il sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00) si potrà anche chiedere informazioni relative alle caratteristiche dell'Assicurazione.



La Compagnia, nella propria Home Page Internet (www.bnpparibascardif.it), mette a disposizione la possibilità di accedere ad un'area riservata per consultare la propria posizione assicurativa, nei termini e secondo le modalità previste da IVASS. L'area è consultabile dal Contraente attraverso le credenziali assegnate al primo accesso in occasione della registrazione.

Eventuali comunicazioni della Compagnia sono indirizzate all'ultimo domicilio o indirizzo e-mail comunicato dal Contraente/Assicurato e in base alla modalità di comunicazione scelta nella Proposta di Polizza.

Art. 17. Cosa fare in caso di altre Polizze a copertura del medesimo rischio?

Il Contraente e l'Assicurato devono comunicare alla Compagnia e a ciascuna impresa di assicurazione coinvolta la presenza di eventuali coperture assicurative che abbiano ad oggetto i medesimi rischi coperti dalla Polizza.

In caso di Sinistro il Contraente e l'Assicurato devono comunicare queste coperture a tutte le imprese di assicurazione, indicando a ciascuna il nome delle altre. In presenza di più imprese di assicurazione troverà applicazione il disposto di cui all'Art. 1910 c.c. La compagnia può riservarsi di non pagare l'indennizzo, qualora il Contraente e l'Assicurato omettano volontariamente di effettuare tale informativa nei confronti di ciascuna impresa di assicurazione.

Art. 18. È possibile cedere o trasferire a terzi le Garanzie Assicurative o altri diritti di Polizza?

No, l'Assicurato non può in alcun modo cedere o trasferire a terzi le Garanzie Assicurative o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dall'Assicurazione.

Art. 19. Oneri

Eventuali imposte e altri oneri fiscali, presenti e futuri, relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente. Futuri cambiamenti della normativa fiscale applicabile al Premio verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.

Art. 20. Quale legge si applica?

Si applica la legge italiana per tutto quanto non diversamente regolato dalle Condizioni di Assicurazione.

Art. 21. Quale è il foro competente in caso di controversia?

Per qualunque controversia sull'applicazione o l'interpretazione dell'Assicurazione e/o delle Garanzie Assicurative, il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio del Contraente, Assicurato e/o avente diritto.

Le controversie di natura medica potranno essere sottoposte per la decisione a un collegio arbitrale composto da tre medici.

I membri del collegio arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il collegio.

Il Collegio Arbitrale risiede e si riunisce nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti paga le proprie spese e l'arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo arbitro; è esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del collegio arbitrale sono prese a maggioranza di voti, senza alcuna formalità di legge, e sono



vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi contestazione o impugnazione, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. Viene redatto un verbale in doppia copia, uno per ognuna delle parti, con i risultati delle decisioni arbitrali. Le parti possono comunque rivolgersi al giudice. Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Gestione del Sinistro

Art. 22. Come si denuncia un Sinistro?

22.1 Per tutte le Garanzie Assicurative

Verificatosi il Sinistro, l'Assicurato (o chi per esso) deve avvisare appena possibile la Compagnia attraverso uno di questi canali:



COME DENUNCIARE
UN SINISTRO

Canale	Contatti
Telefono	- Numero verde dall'Italia: 800 900 515 - Numero dall'estero: +39 02 7722 4551 Questi numeri sono attivi: • 24/24h per 365 giorni l'anno per la Garanzia Assicurativa "Assistenza" • dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 18:00 per le altre Garanzie Assicurative
E-mail	per le Garanzie "Spese Mediche", "Clinica Privata", "Indennità" e "Infortuni": sinistri.cardif@myassistance.it per la Garanzia Dental: dental.cardif@myassistance.it canale non valido per la Garanzia Assistenza
Posta	Cardif c/o My Assistance Srl Via Raimondo Montecuccoli, 20/1 - 20147 Milano per i Sinistri relativi alle Garanzie "Spese Mediche", "Clinica Privata", "Indennità", "Infortuni" e "Dental".
Fax	• per le Garanzie "Spese Mediche", "Clinica Privata", "Indennità" e "Infortuni" e "Dental" Fax n° 02.871819753 • per la Garanzia "Assistenza" Fax n° 02.58477203

Attraverso il canale telefonico, si può:

- denunciare un Sinistro o chiedere informazioni sullo stato di un Sinistro già denunciato riguardante le Garanzie Assicurative "Spese Mediche", "Clinica Privata", "Indennità", "Infortuni" e "Dental";
- richiedere le prestazioni della Garanzia Assicurativa "Assistenza";
- ricevere informazioni sul Network Convenzionato e sulle modalità di accesso alle Prestazioni Sanitarie con Pagamento Diretto per le Garanzie Assicurative "Spese Mediche", "Clinica Privata" e "Dental" e per usufruire del Pacchetto Check-Up.

Per ottenere l'Indennizzo o l'Assistenza, l'Assicurato deve:

- **inviare alla Compagnia:**
 - fotocopia del documento d'identità;
 - copia dello stato di famiglia;
 - IBAN cui bonificare l'eventuale importo da pagare a seguito del Sinistro; e
 - documentazione prevista nei seguenti paragrafi dall'Art. 22.2 all'Art. 22.5; e
 - ogni altro documento eventualmente richiesto dalla Compagnia;
- **sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici chiesti dalla Compagnia e darle ogni relativa informazione/documento medico; e**
- **consentire, e far sì che i familiari consentano, la visita dei medici incaricati dalla Compagnia e qualsiasi indagine o accertamento ritenuti necessari, liberando dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato, nei confronti della Struttura Organizzativa di Assistenza.**



Ricorda che in tutti i casi la spesa per documentazione medica/referti di esami che l'Assicurato deve produrre resta a suo carico, mentre sono a carico della Compagnia eventuali visite medico-legali richieste presso un medico di fiducia e o accertamenti chiesti per verificare le informazioni comunicate.

Per tutte le Garanzie Assicurative, per accelerare la corretta valutazione del danno e la gestione del Sinistro, è necessario inoltrare tutta la documentazione obbligatoria richiesta. Se la documentazione inviata è incompleta, la pratica di Sinistro non può essere gestita. L'Assicurato deve consegnare alla Compagnia qualsiasi altro documento richiesto e ritenuto necessario da quest'ultima per il pagamento dell'Indennizzo.

22.2 Regole ulteriori per le Garanzie Assicurative "Spese Mediche", "Clinica Privata", "Indennità" e "Dental"

La Compagnia dà all'Assicurato la possibilità di richiedere le prestazioni offerte dall'Assicurazione sia in forma di Pagamento Diretto che di Pagamento Rimborsuale. In particolare, l'Assicurato può:

- accedere agli Istituti di Cura, Centri Medici e odontoiatrici, medici specialisti e odontoiatrici appartenenti al Network Convenzionato e, quindi, ottenere le Prestazioni Sanitarie con Pagamento Diretto delle rispettive spese da parte della Compagnia, il Network Convenzionato è consultabile:
 - all'interno dell'Area Clienti del sito www.myassistance.it
 - al seguente link <http://www.myassistance.it/networks/network-odontoiatrico/elencostrutture.html>
- rivolgersi ad Istituti di Cura, Centri Medici e odontoiatrici, medici specialisti e odontoiatrici non appartenenti al Network Convenzionato e, successivamente, ottenere dalla Compagnia il Pagamento Rimborsuale di quanto speso.

Attenzione ai seguenti casi:

- sia nel caso del Pagamento Diretto che del Pagamento Rimborsuale, **la Compagnia paga entro il Massimale prestabilito, mentre restano a carico dell'Assicurato eventuali Franchigie, Scoperti o importi superiori al Massimale relativi alle singole Garanzie Assicurative;**
- le spese sostenute nei giorni prima del Ricovero, Day Hospital, intervento chirurgico ambulatoriale, parto cesareo, Aborto (spontaneo terapeutico), parto fisiologico, sono coperte dalle specifiche Garanzie Assicurative solo se relative a una delle pratiche mediche di cui sopra altrimenti sono considerate indennizzabili secondo quanto previsto all'Art. 5.3, sezione "B.) Prestazioni Sanitarie extra-ospedaliere", se tale Garanzia Assicurativa è operante;
- in caso di Malattia improvvisa o Infortunio che colpiscono l'Assicurato mentre si trova all'estero per un periodo consecutivo non superiore ai 45 giorni, **l'Assicurato deve pagare direttamente le spese per le Prestazioni Sanitarie rese da strutture e/o professionisti sanitari non appartenenti al Network Convenzionato, richiedendo poi il rimborso alla Compagnia, che provvederà secondo i limiti previsti per il Pagamento Rimborsuale.** I rimborsi sono fatti in Italia, al rientro dell'Assicurato, e in Euro, applicando il cambio, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea, del giorno in cui la spesa è stata fatta;
- in caso di Prestazioni Sanitarie coperte dalla Garanzia Assicurativa "Dental", **alla prima attivazione dell'Assicurazione l'Assicurato deve firmare la cd. scheda anamnestica e, in caso di Pagamento Rimborsuale, deve anche far compilare e firmare il modulo di rimborso dal medico odontoiatra.** Il Servizio Clienti invia questi moduli all'Assicurato o, su sua richiesta, direttamente al medico. In caso di cure odontoiatriche dovute a Infortunio:
 - l'Infortunio deve essere documentato con certificazione di pronto soccorso, ortopantomografia o ogni altro esame che documenti l'Infortunio; e
 - le relative cure odontoiatriche dovranno essere adeguate alle lesioni subite.

 ATTENZIONE!

I familiari o gli eredi dell'Assicurato devono consentire, la visita dei medici incaricati dalla Compagnia e qualsiasi indagine o accertamento ritenuti necessari, liberando dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato.

Premesso che l'Assicurato può liberamente scegliere se ricevere le Prestazioni Sanitarie dal Network Convenzionato con Pagamento Diretto oppure da altre strutture con Pagamento Rimborsuale, il Contraente e gli Assicurati accettano che:

1. **la Compagnia non è responsabile per le Prestazioni Sanitarie e i servizi forniti dal Network Convenzionato e che, per qualsiasi controversia relativa a tali Prestazioni e servizi, dovranno rivolgersi esclusivamente ai membri del Network Convenzionato, quali unici responsabili;**
2. eventuali modifiche del Network Convenzionato o la cessazione/variazione delle condizioni di convenzionamento non sono motivo di cessazione anticipata dell'Assicurazione; e
3. i Massimali, Scoperti, Franchigie o altri limiti possono essere diversi a seconda della scelta tra Pagamento Diretto e Pagamento Rimborsuale.

A. Come ricevere Prestazioni Sanitarie attraverso il Network Convenzionato con Pagamento Diretto



Per beneficiare delle Prestazioni Sanitarie con Pagamento Diretto, l'Assicurato deve sempre contattare prima il Servizio Clienti secondo le modalità previste all'Art. 22.1, inviando:

- in caso di Prestazione Sanitaria extra-ospedaliera, prescrizione compilata dal medico di base o dallo specialista (in assenza della prescrizione potrà essere inviato il certificato o il referto medico) con nome e cognome dell'Assicurato, patologia accertata o presunta, data d'insorgenza della patologia e tipo di Prestazione Sanitaria da eseguire (p.es., visita ortopedica, ecografia addome completo);
- in caso di Prestazione Sanitaria ospedaliera, prescrizione compilata dal medico di base o dallo specialista (in assenza della prescrizione potrà essere inviato il certificato o il referto medico) con nome e cognome dell'Assicurato, patologia accertata o presunta, data d'insorgenza della patologia, modalità di esecuzione della Prestazione Sanitaria (p.es., Ricovero, Day Hospital, intervento chirurgico ambulatoriale), tipo di Prestazione Sanitaria richiesta (ad esempio, l'intervento chirurgico da eseguire, senza intervento chirurgico l'iter diagnostico e terapeutico, interventi ambulatoriali di asportazione tipo, localizzazione e dimensioni del tessuto da asportare, etc.);
- referto di Pronto Soccorso (se presente) o altra documentazione (p.es. radiografia, RMN, ortopantomografia, - OTP) che certifichi oggettivamente l'Infortunio.

La Struttura Operativa può richiedere altra documentazione medica o esiti di esami (p. es. radiografia, RMN, Ortopantomografia - OPT), se necessario per autorizzare la Prestazione Sanitaria con Pagamento Diretto.

Entro il giorno lavorativo successivo alla richiesta, il Servizio Clienti prenota le Prestazioni Sanitarie chieste dall'Assicurato presso una struttura del Network Convenzionato, indicata dall'Assicurato. L'Assicurato, arrivato nell'Istituto di Cura o un altro centro del Network Convenzionato, **deve compilare una richiesta di Prestazione Sanitaria, indicando i motivi della Prestazione Sanitaria richiesta. Questo documento viene considerato a tutti gli effetti come denuncia di Sinistro.**

La Presa in carico del Sinistro comporta il pagamento di ogni fattura/ricevuta (fiscalmente regolare) emessa dal Network Convenzionato secondo i termini normati nelle Condizioni di Assicurazione.

Ricorda che:

- se l'Assicurato non telefona al Servizio Clienti per richiedere l'autorizzazione preventiva ad eseguire la prestazione presso il Network Convenzionato, non si applicherà il Pagamento Diretto ma il Pagamento Rimborsuale come indicato al successivo punto B; e
- se, dopo aver ricevuto l'autorizzazione dal Servizio Clienti, dovesse emergere l'invalidità dell'Assicurazione o l'inoperatività della Garanzia Assicurativa, la Struttura Operativa lo comunica per iscritto all'Assicurato, il quale deve rimborsare alla Struttura Operativa tutte le somme già pagate all'Istituto di Cura. Se l'Assicurato non restituisce il rimborso ricevuto, la Struttura Operativa può agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto ingiustamente pagato.

B. Come ricevere Prestazioni Sanitarie fuori dal Network Convenzionato con Pagamento Rimborsuale

Se l'Assicurato si è rivolto a strutture sanitarie non appartenenti al Network Convenzionato e ha pagato le Prestazioni Sanitarie ricevute, entro 10 giorni dal termine delle cure o comunque appena possibile, deve comunicare il Sinistro alla Compagnia secondo le modalità indicate all'Art. 22.1, unitamente a:

- copia delle fatture o parcelle di spesa valide ai fini fiscali;
- Cartella Clinica completa con scheda di dimissione ospedaliera in caso di Ricovero (anche in Day Hospital) appena possibile;
- relazione medica dettagliata che conferma la natura della patologia e le Prestazioni Sanitarie effettuate, in caso di intervento chirurgico ambulatoriale. Per i soli interventi chirurgici ambulatoriali di asportazione, deve essere specificato anche il tipo di lesione, la sede e le dimensioni, allegando l'eventuale esame istologico;
- prescrizione compilata dal medico di base o dallo specialista che conferma, in caso di prestazioni extra-ospedaliere:
 - il tipo di Prestazione Sanitaria (p.es., visita ortopedica, ecografia addome completo);
 - la patologia accertata o presunta e, la data d'insorgenza della stessa;Se l'Assicurato non è in possesso della prescrizione medica può inviare in alternativa il certificato o il referto medico rilasciato dallo specialista che ha effettuato la Prestazione Sanitaria.
- referto di pronto soccorso o altra documentazione (p.es. radiografia, RMN, ortopantomografia, - OTP) che certifichi oggettivamente l'Infortunio.

La Struttura Operativa può richiedere altra documentazione medica o esiti di esami (p.es. radiografia, RMN,



Ortopantomografia – OPT) se necessario, per valutare l'autorizzazione al Pagamento Rimborsuale una volta completati i controlli medicoamministrativi.

Ricorda che, se dopo aver ricevuto il Pagamento Rimborsuale, questo Pagamento dovesse risultare non dovuto, la Struttura Operativa può chiederne la restituzione all'Assicurato secondo le modalità previste.

C. Prestazioni Sanitarie presso una struttura del Network Convenzionato e medici specialisti non convenzionati:
Se l'Assicurato si è rivolto a una struttura sanitaria del Network Convenzionato e a medici specialisti non convenzionati, la Compagnia provvede solo al Pagamento Rimborsuale.

22.3 Regole ulteriori per la Garanzia Assicurativa "Indennità"

Per richiedere la Prestazione Sanitaria l'Assicurato deve inviare, secondo le modalità indicate all'Art. 22.1:

- Cartella Clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero con Intervento chirurgico anche in regime di Day Hospital;
- dettagliata relazione del medico specialista attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- referto di Pronto Soccorso (se presente) o altra documentazione che certifichi oggettivamente l'infortunio, per determinare la classe di appartenenza dell'intervento chirurgico tra quelle indicate all'Allegato 1 "Classificazione degli interventi chirurgici in classi".

22.4 Regole ulteriori per la Garanzia Assicurativa "Infortuni"

Per richiedere la Prestazione Sanitaria, l'Assicurato deve inviare, secondo le modalità indicate all'Art. 22.1:

- la denuncia di Sinistro con luogo, giorno e ora dell'Infortunio e relative cause;
- il certificato medico che attesta l'entità e la sede delle lesioni;
- l'eventuale certificazione di pronto soccorso rilasciata entro 48 ore dall'Evento;
- una copia dell'eventuale Cartella Clinica o verbale delle Autorità intervenute sul luogo dell'incidente.

Fino alla guarigione, l'Assicurato deve inviare certificati medici periodici, oltre a un certificato finale a conferma della stabilizzazione dello stato di salute e del grado di Invalidità Permanente, rilasciato dagli enti previdenziali competenti (INAIL, INPS) o da un medico legale o del lavoro. Non è considerato valido il certificato rilasciato da un medico di medicina generale.

La percentuale di Invalidità Permanente può essere valutata solo quando lo stato di salute si stabilizza. Se prima della stabilizzazione l'Assicurato muore per una causa diversa da quella che ne ha provocato l'Invalidità Permanente, il diritto all'Indennizzo passa agli eredi se, dalla documentazione sanitaria disponibile, sia oggettivamente determinabile l'indennizzabilità dell'Evento e sia prevedibile il grado di Invalidità Permanente come sarebbe risultato dopo la stabilizzazione.

22.5 Regole ulteriori per la Garanzia Assicurativa "Assistenza"

Per richiedere Assistenza, l'Assicurato deve telefonare direttamente alla Struttura Organizzativa di Assistenza ai numeri indicati all'Art. 22.1.

Ricorda che l'Assicurato non può richiedere eventuali rimborsi di quanto pagato per Assistenza ricevuta autonomamente, tranne se la Compagnia è stata prima contattata dall'Assicurato ma non è stata oggettivamente in grado di fornire l'Assistenza richiesta, e ha autorizzato l'Assicurato a provvedere in autonomia. Se l'Assicurato non ha contattato prima la Compagnia, può perdere il diritto a beneficiare della Garanzia Assicurativa, anche nel caso in cui era impossibilitato a contattare la Struttura Organizzativa di Assistenza.

Art. 23. Quando sarà pagato l'Indennizzo?

La Compagnia paga l'Indennizzo entro i 30 giorni dopo avere ricevuto tutta la documentazione che è stata richiesta, comprese eventuali integrazioni.

Ogni pagamento potrà avvenire solo:

- in Euro;
- verso un conto corrente intestato all'avente diritto di un istituto di credito con sede nello Spazio Economico Europeo e, comunque, aperto presso un'agenzia bancaria che si trova in uno Stato membro dello Spazio Economico Europeo.

In nessun caso la Compagnia può pagare importi a residenti di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America o comunque i soggetti inclusi nelle liste di



restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).



Art. 24. A chi inviare un eventuale reclamo?

24.1 Reclami alla Compagnia

Eventuali reclami riguardanti il comportamento della Compagnia o la violazione da parte della stessa di norme cui è soggetta (per es. reclami sul contenuto delle Garanzie Assicurative o sulla gestione dei Sinistri), devono essere inviati via e-mail, posta o fax all'Ufficio Reclami della Compagnia, al seguente indirizzo:

e-mail reclami@cardif.com

Cardif – Ufficio Reclami

Piazza Lina Bo Bardi, 3

20124 Milano

fax 02.77.22.42.65

La Compagnia deve rispondere entro 45 giorni da quando riceve il reclamo.

Se chi invia il reclamo non si ritiene soddisfatto della risposta ricevuta o se la Compagnia non risponde nel termine di 45 giorni, si può inviare il reclamo all'IVASS, con copia del reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale risposta di quest'ultima, secondo le modalità previste al seguente Art. 24.3.

24.2 Reclami all'intermediario assicurativo

Se il reclamo riguarda il comportamento dell'intermediario assicurativo che ha distribuito l'Assicurazione o la violazione di norme cui è soggetto l'intermediario (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti assicurativi), deve essere inviata una comunicazione scritta a quest'ultimo con le modalità indicate nella documentazione informativa prevista dalle norme vigenti e consegnata dallo stesso intermediario al Contraente.

L'intermediario deve rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Se non lo facesse o se il reclamante non fosse soddisfatto della risposta, quest'ultimo può rivolgersi all'IVASS con le modalità sotto riportate, allegando il reclamo e l'eventuale risposta dell'intermediario.

24.3 Reclami all'IVASS

I reclami che riguardano la violazione della normativa di settore devono essere inviati, a mezzo PEC, posta o fax direttamente all'IVASS:

IVASS - Servizio tutela del consumatore

Via del Quirinale 21

00187 Roma

ivass@pec.ivass.it

fax 06.42133206

In ogni caso, per la stesura del reclamo è possibile utilizzare il modello disponibile sul sito www.ivass.it.

L'autorità di vigilanza del paese di origine della Compagnia è ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), alla quale è possibile inviare il reclamo seguendo le indicazioni del sito:

<http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-la-clientele/comment-lacp.html>

Il reclamo deve indicare con chiarezza:

- il suo nome, cognome, domicilio ed eventuale recapito telefonico
- la Compagnia, l'intermediario o i soggetti nei confronti dei quali lei presenta il reclamo
- i motivi del reclamo e la documentazione a supporto.

In ogni caso, può rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, previo ricorso alla mediazione (come da procedura disciplinata dal Decreto Legislativo n° 28 del 4 marzo 2010).

Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente - individuabile al sito https://ec.europa.eu/info/fin-net_en - chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Protezione dei dati personali

Art. 25. Protezione dei dati personali

Nell'ambito del rapporto assicurativo, ed in qualità di titolare del trattamento dei dati, la Compagnia è tenuta a



COME FARE UN
RECLAMO



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

ottenere dal cliente (da intendersi quale Contraente o Assicurato del contratto assicurativo, oppure i soggetti che li rappresentano, o il Titolare effettivo) alcuni dati personali che sono protetti ai sensi del Regolamento Generale (UE) sulla Protezione dei Dati n°2016-679 (GDPR). Ogni trattamento dei dati viene effettuato in conformità all'informativa sul trattamento dei dati personali allegata al presente Set Informativo che contiene tutte le informazioni che la Compagnia è tenuta a fornire al cliente in merito al trattamento dei suoi dati personali.



Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento di Polizza UNICA BNL

PACCHETTO CHECK-UP

PACCHETTO CHECK-UP DONNA

Alice ha 31 anni ed è Assicurata con la Polizza UNICA BNL. Ha acquistato – oltre a Infortuni e Dental – anche la Garanzia SPESE MEDICHE e quindi ha diritto al pacchetto Check-Up, decorsi 30 giorni dalla Data di Decorrenza.

Alice, decorso il termine di carenza di 30 giorni, contatta il Servizio Clienti e prenota il Check-Up presso uno dei centri convenzionati.

GARANZIA “Spese Mediche” – RICOVERO NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

INDENNITÀ SOSTITUTIVA SSN

Anna, Assicurata con la Polizza UNICA BNL, ha 35 anni e le viene diagnosticata la calcolosi renale.

A seguito della diagnosi viene ricoverata nel SSN **per 2 giorni, escluso quello delle dimissioni.**

La Polizza UNICA BNL riconosce **un'Indennità giornaliera pari ad € 80.**

Anna riceverà quindi un'Indennità pari a € 160 (€ 80 x 2 giorni).

GARANZIA “CLINICA PRIVATA” – RICOVERO IN CLINICA PRIVATA

MASSIMALE 250.000 EURO

Giulio, Assicurato con la Polizza UNICA BNL, ha 54 anni e a causa dell'insorgenza di un tumore ai polmoni necessita di un Intervento chirurgico.

PRESSO IL NETWORK - CON PAGAMENTO DIRETTO

Giulio, che viene ricoverato per un Intervento chirurgico presso una Clinica convenzionata e richiede l'autorizzazione al Pagamento Diretto non sosterrà alcun costo, fatta eccezione di eventuali spese non rimborsabili dalla Polizza UNICA BNL.

FUORI NETWORK - CON PAGAMENTO RIMBORSUALE

Giulio, che viene ricoverato per un Intervento chirurgico presso una Clinica non Convenzionata dovrà anticipare il costo del Ricovero, e successivamente, riceverà il rimborso di quanto speso con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con un importo minimo di spesa di almeno € 1.000. Ad Es: Costo intervento: € 20.000; Scoperto: € 4.000 (supera l'importo minimo di spesa di € 1.000); Rimborso di Giulio pari a € 16.000

GARANZIA “INDENNITÀ” – RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO

INTERVENTO CLASSE I - INDENNIZZO € 1.000

Giovanni, Assicurato con la Polizza UNICA BNL, ha 34 anni e viene ricoverato d'urgenza per appendicite, necessita di un Intervento chirurgico.

L'intervento di Giovanni, appendicectomia con peritonite diffusa, che rientra nella classe I dell'Allegato 1 delle Condizioni di Assicurazione, dà diritto a ricevere il pagamento di un **Indennizzo pari a € 1.000**

GARANZIA “INFORTUNI” – INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

SOMMA ASSICURATA - € 120.000

Camilla subisce un Infortunio al femore che le provoca un'invalidità permanente di grado pari al 41%, **calcolata secondo la Tabella INAIL.**

Sulla base della tabella riportata al paragrafo 5.4 Garanzia Assicurativa "Infortuni", Camilla riceverà un Indennizzo pari al 43% della Somma Assicurata di € 120.000

Indennizzo di Camilla: € 51.600

GARANZIA "DENTAL" - EMERGENZA

Giovanni, Assicurato con la Polizza UNICA BNL, ha 54 anni e a causa di un improvviso ascesso necessita di un'estrazione del dente.

PRESSO IL NETWORK - CON PAGAMENTO DIRETTO

Giovanni può rivolgersi ad un centro dentistico convenzionato, richiede l'autorizzazione al Pagamento Diretto e riceve le cure del caso gratuitamente

FUORI NETWORK - CON PAGAMENTO RIMBORSUALE

Giovanni può scegliere di rivolgersi al suo dentista di fiducia non convenzionato e riceverà un rimborso pari a € 23 per l'estrazione del dente. Eventuali costi aggiuntivi rimangono a carico dell'Assicurato Giovanni.

ESEMPIO DI SINISTRO NON COPERTO DALL'ASSICURAZIONE PER MALATTIA PREESISTENTE

Data Decorrenza Polizza 27/02/2020

Garanzia acquistata "Indennità" Sinistro denunciato:

- Data denuncia 14/09/2020

- Data evento 11/09/2020 (ricovero per intervento di colecistectomia)

- Data dimissioni 14/09/2020

Dalla data di decorrenza alla data del ricovero sono trascorsi 197 giorni

Ecografia addome completo che rileva la presenza di calcoli alla colecisti: 23/01/2020 (34gg antecedenti la decorrenza).

IN QUESTO CASO IL SINISTRO È ESCLUSO E QUINDI NON RIMBORSABILE IN QUANTO AI SENSI DI POLIZZA GLI INTERVENTI LEGATI A PATOLOGIE DIAGNOSTICATE PRIMA DELLA STIPULA DEL CONTRATTO NON SONO COPERTI.

Cosa s'intende per "Malattia Preesistente"?

Malattia conosciuta e/o diagnosticata e/o che abbia dato origine a visite (diverse da quelle di semplice controllo/routine), cure, esami clinici (strumentali e/o di laboratorio) o insorta secondo giudizio medico prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione.

Polizza UNICA BNL copre le Malattie Preesistenti?

Sono esclusi dall'Assicurazione gli stati invalidanti, gli Infortuni e le Malattie, conosciuti, diagnosticati e/o che abbiano dato origine a visite (diverse da quelle di semplice controllo/routine), cure, esami clinici (strumentali e/o di laboratorio) o insorte secondo giudizio medico anteriormente alla stipula del contratto e relative complicanze e conseguenze dirette o indirette; tuttavia, in deroga a questa esclusione, ogni Assicurato - che abbia attiva almeno una delle



Garanzie Assicurative "Spese Mediche", "Clinica Privata" e "Indennità" ha diritto in caso di Malattia Preesistente a quanto segue:

- dopo almeno 5 anni consecutivi di attivazione ininterrotta, la Compagnia riconosce un importo pari al 35% dell'Indennizzo previsto per la Prestazione Sanitaria effettuata, fino ad un Massimo di € 10.000 per persona per Anno Assicurativo;
- dopo almeno 10 anni consecutivi di attivazione ininterrotta, la Compagnia riconosce un importo pari al 60% dell'Indennizzo previsto per la Prestazione Sanitaria effettuata, fino ad un Massimo di € 20.000 per persona per Anno Assicurativo.

Il Massimale per Anno Assicurativo di € 10.000 e € 20.000 è da intendersi quale importo unico per tutte le Prestazioni Sanitarie incluse nella Garanzia Assicurativa acquistata, fermi i limiti, Massimali e sub massimali previsti dalle singole Prestazioni Sanitarie.

Tabella di Variazione del Premio relativo alle Garanzie "Spese Mediche" e "Clinica Privata" della Polizza UNICA BNL

Il Premio delle Garanzie "Spese Mediche" e "Clinica Privata" viene adeguato, ad ogni scadenza annuale, in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato. La seguente tabella riporta la variazione percentuale annuale dei premi mensili rispetto al premio corrisposto nell'anno precedente, al lordo delle imposte.

SPESE MEDICHE				CLINICA PRIVATA			
Età al rinnovo	Variazione % Premio	Età al rinnovo	Variazione % Premio	Età al rinnovo	Variazione % Premio	Età al rinnovo	Variazione % Premio
0-10	-	43	2,24%	0-10	-	43	2,47%
11	0,00%	44	2,19%	11	44,25%	44	2,41%
12	3,83%	45	2,14%	12	7,22%	45	2,35%
13	7,06%	46	2,10%	13	13,99%	46	2,30%
14	6,59%	47	2,05%	14	12,27%	47	2,24%
15	6,18%	48	3,25%	15	10,93%	48	3,17%
16	5,82%	49	3,15%	16	9,85%	49	3,07%
17	5,50%	50	3,05%	17	8,97%	50	2,98%
18	7,14%	51	2,96%	18	11,08%	51	2,90%
19	6,67%	52	2,87%	19	9,97%	52	2,81%
20	6,25%	53	4,05%	20	9,07%	53	4,75%
21	5,88%	54	3,89%	21	8,31%	54	4,53%
22	5,55%	55	3,75%	22	7,68%	55	4,33%
23	3,55%	56	3,61%	23	8,33%	56	4,15%
24	3,43%	57	3,49%	24	7,69%	57	3,99%



Età al rinnovo	Variazione % Premio	Età al rinnovo	Variazione % Premio	Età al rinnovo	Variazione % Premio	Età al rinnovo	Variazione % Premio
25	3,31%	58	4,73%	25	7,14%	58	7,36%
26	3,21%	59	4,52%	26	6,66%	59	6,86%
27	3,11%	60	4,32%	27	6,25%	60	6,42%
28	5,46%	61	4,14%	28	9,54%	61	6,03%
29	5,18	62	3,98%	29	8,71%	62	5,69%
30	4,92%	63	4,41%	30	8,01%	63	8,78%
31	4,69%	64	4,23%	31	7,42%	64	8,07%
32	4,48%	65	4,06%	32	6,91%	65	7,47%
33	1,76%	66	3,90%	33	3,08%	66	6,95%
34	1,73%	67	3,75%	34	2,99%	67	6,50%
35	1,70%	68	1,24%	35	2,90%	68	5,58%
36	1,68%	69	1,22%	36	2,82%	69	5,28%
37	1,65%	70	1,21%	37	2,74%	70	5,02%
38	1,47%	71	1,19%	38	0,48%	71	4,78%
39	1,45%	72	1,18%	39	0,48%	72	4,56%
40	1,43%	73	-0,14%	40	0,48%	73	6,81%
41	1,41%	74	-0,14%	41	0,47%	74	6,38%
42	1,39%		2,24%	42	0,47%		2,47%

ESEMPIO 1

Assicurato: Luigi
 Garanzia acquistata: Spese Mediche (Più Assistenza)
 Età all'emissione: 40 anni
 Premio all'emissione: 51,55 € + 2,00 € (Assistenza) = 53,55 €
 Età al rinnovo: 41 anni
 Premio al rinnovo: 52,28 € + 2,00 € (Assistenza) = 54,28 €
Variazione % del Premio – Esclusa Assistenza: 1,41%

ESEMPIO 2

Assicurato: Luigi
 Garanzie acquistate: Spese Mediche + Clinica Privata (Più Assistenza)
 Età all'emissione: 50 anni
 Premio all'emissione: € 128,70 (scontato del 10% per acquisto 2 garanzie) + 2,00 € (Assistenza) = 130,70 €
 Età al rinnovo: 51 anni
 Premio al rinnovo: € 132,47 (scontato del 10% per acquisto 2 garanzie) + 2,00 € (Assistenza) = 134,47 €
Variazione % del Premio – Esclusa Assistenza: 2,92%

ESEMPIO 3



Assicurati:	Luigi + Moglie + Figlio
Garanzie acquistate:	Spese Mediche + Clinica Privata (Più Assistenza)
Età all'emissione dell'Assicurato più anziano (Luigi):	50 anni
Età all'emissione della Moglie*:	45 anni
Età all'emissione del Figlio*:	15 anni
Premio all'emissione:	€ 200,15 (scontato del 10% per acquisto 2 garanzie e del 50% per ogni Assicurato aggiunto, diverso dal più anziano) + 4,00 € (Assistenza)= 204,15 €
Età al rinnovo dell'Assicurato più anziano (Luigi):	51 anni
Età al rinnovo della Moglie:	46 anni
Età al rinnovo del Figlio:	16 anni
Premio al rinnovo:	€ 206,29 + 4,00 € (Assistenza)= 210,29 €
Variazione % del Premio – Esclusa Assistenza:	3,07%

*Al Premio imponibile relativo a ciascun Assicurato (diverso dal più anziano) inserito in copertura verrà applicato uno sconto pari al 50%.

Se si ha diritto ad entrambi gli sconti, verrà applicato in primo luogo lo sconto numero Assicurati (diversi dal più anziano) e successivamente lo sconto numero Garanzie Assicurate.



ALLEGATO 1 - Classificazione degli Interventi chirurgici in classi

CARDIOCHIRURGIA

Angioplastica coronarica singola	I
Bypass aorto coronarico singolo o multiplo	II
Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti	II
Cardiochirurgia a cuore chiuso (senza C.E.C.) interventi di, salvo gli interventi descritti	II
Cisti del cuore o del pericardio, asportazione di	II
Commisurotomia per stenosi mitralica	II
Contropulsazione aortica mediante incannulamento arterioso	II
Embolectomia con Fogarty	I
Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tampomamento, interventi per	II
Fistole arterovenose del polmone, interventi per	II
Pericardiectomia parziale	I
Pericardiectomia totale	II
Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)	II
Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.)	III
Trapianto cardiaco	III
Valvuloplastica chirurgica	II

CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

Ablazione transcateretere	I
Angioplastica coronarica singola/multipla con o senza applicazione di Stent	I
Cateterismo destro e Sinistro, e calcolo portate e gradienti con coronarografia + ventricolografia destra e sinistra	I
Coronarografia circolo nativo + ev. studio selettivo di by-pass venosi ed arteriosi + ventricolografia sinistra + cateterismo Sinistro	I
Pace maker, impianto definitivo comprensivo dell'eventuale impianto/espanto di pace maker temporaneo + eventuali riposizionamenti degli elettrocateretere e programmazione elettronica del pace maker (incluso costo del pace maker)	II
Valvuloplastica cardiaca	I

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate	II
Mastectomia semplice con eventuale linfadenectomia	I
Mastectomia sottocutanea	I
Quadrantectomia con linfadenectomie associate	II
Quadrantectomia senza linfadenectomie associate	I

CHIRURGIA DELLA MANO

Aponeurectomia, morbo di Dupuytren	I
Artrodesi carpale	I
Artrodesi metacarpo falangea e/o interfalangea	I
Artroplastica	I
Artroprotesi carpale	II
Artroprotesi metacarpo falangea e/o interfalangea	II
Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento cruento	I
Fratture e lussazioni del polso, trattamento cruento	I
Mano spastica - paralisi flaccide, trattamento chirurgico per	I
Morbo di Notta (dito a scatto), morbo di Quervain, tenosinoviti	I
Osteotomie (come unico intervento)	I
Pseudoartrosi delle ossa lunghe, intervento per	I
Pseudoartrosi dello scafoide carpale, intervento per	I
Retrazioni ischemiche, intervento per	II
Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia	II
Rigidità delle dita	I
Sindromi canicolari (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitrocleo-oleocranica, ect.)	I
Sinovialectomia (come unico intervento)	I
Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale	II

CHIRURGIA DEL COLLO



Fistola esofago-tracheale, intervento per	II
Ghiandola sottomascellare, asportazione per infiammazioni croniche o neoplastiche benigne	I
Ghiandola sottomascellare, asportazione per tumori maligni	I
Linfoadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)	I
Linfoadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)	I
Linfoadenectomia sopraclaveare	I
Paratiroidi - trattamento completo, intervento sulle	II
Tiroide, enucleazione di tumori cistici o adenomi solitari	I
Tiroide, lobectomie	I
Tiroidectomia per gozzo intratoracico sia per via cervicale che per via sternotomica o toracotomia	II
Tiroidectomia subtotale	I
Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale mono/bilaterale	II
Tiroidectomia totale senza svuotamento laterocervicale	II
Tracheotomia con tracheostomia sia d'urgenza che di elezione	I
Tubo laringo-tracheale, intervento per ferite del	I
Tumore maligno del collo, asportazione di	I
CHIRURGIA DELL'ESOFAGO	
Diverticoli dell'esofago cervicale (compresa miotomia), intervento per	I
Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per	II
Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfoadenectomia	II
Esofago, resezione parziale dell'	II
Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfoadenectomia	II
Esofagogastroplastica-esofagodigiunoplastica-esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)	II
Esofagostomia	I
Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica	I
Stenosi benigne dell'esofago, interventi per	II
Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale	II
CHIRURGIA DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI	
Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava	II
Calcolosi intraepatica, intervento per	II
Cisti o ascessi epatici da echinococco, pericistectomia	II
Colecistectomia	I
Colecistogastrostomia o colecistoenterostomia	I
Colecistectomia per neoplasie non resecabili	I
Coledoco-epatico-digiuno/duodenostomia con o senza colecistectomia	II
Coledocotomia e coledocolitotomia (come unico intervento)	II
Dearterializzazione epatica, con o senza chemioterapia	I
Deconnessione azygos-portale per via addominale	II
Drenaggio bilio-digestivo intraepatico	I
Litotripsia per calcoli delle vie biliari principale ed accessoria (trattamento completo)	II
Papilla di Vater, exeresi	I
Papillostomia, per via transduodenale (come unico intervento)	I
Papillotomia, per via endoscopica	I
Resezioni epatiche maggiori	II
Resezioni epatiche minori	II
Trapianto di fegato	III
Vie biliari, interventi palliativi	II
CHIRURGIA DELL'INTESTINO	
Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità	I
Appendicectomia con peritonite diffusa	I
Appendicectomia semplice	I
Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale, intervento per	I
Ascesso perianale, intervento per	I
By-pass gastro-intestinali o intestinali per patologie maligne	II
By-pass intestinali per il trattamento obesità patologica	II
Cisti dermoide, fistola sacro coccigea (anche recidive), intervento per	I
Colectomia segmentaria	II



Colectomia segmentaria con linfadenectomia ed eventuale colostomia	II
Colectomia totale	II
Colectomia totale con linfadenectomia	II
Colectomia con colorrafia (come unico intervento)	I
Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento)	I
Confezionamento di ileostomia continente (come unico intervento)	I
Corpi estranei dal retto, estrazione per via addominale di	I
Digiunostomia (come unico intervento)	I
Diverticoli di Meckel, resezione di	I
Duodeno digiunostomia (come unico intervento)	I
Emicolectomia destra con linfadenectomia	II
Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia	II
Emorroidi e ragadi, Intervento chirurgico radicale per	I
Emorroidi, Intervento chirurgico radicale	I
Enterostomia (come unico intervento)	I
Fistola anale extrasfinterica	I
Hartmann, intervento di	II
Ileostomia (come unico intervento)	I
Incontinenza anale, intervento per	I
Intestino, resezione dell'	II
Invaginazione, volvolo, ernie interne, intervento per	I
Megacolon: colostomia	I
Mikulicz, estrinsecazione sec.	I
Polipectomia per via laparoscopica	I
Procto-colectomia totale con pouch ileale	II
Prolasso rettale, intervento transanale per	I
Prolasso rettale, per via addominale, intervento per	I
Ragade anale, trattamento chirurgico con sfinterotomia	I
Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia	II
Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano, con linfadenectomia inguinale bilaterale	II
Retto, amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfadenectomia, del	II
Sigma, miotomia del	II
Tumore del retto, asportazione per via sacrale di	II
Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per	II
CHIRURGIA DEL PANCREAS	
Ascessi pancreatici, drenaggio di	I
Denervazioni pancreatiche, (come unico intervento)	II
Derivazione pancreatico-Wirsung digestive	II
Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia	II
Fistola pancreatica, intervento per	II
Milza, interventi chirurgici conservativi (splenorrafie, resezioni spleniche)	II
Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per	II
Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia	II
Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)	II
Pancreatite acuta, interventi conservativi	II
Pancreatite acuta, interventi demolitivi	II
Pseudocisti con digiunostomia o altra derivazione, intervento per	II
Splenectomia	II
Trapianto del pancreas	III
CHIRURGIA DELLA PARETE ADDOMINALE	
Diastasi dei retti (come unico intervento), intervento per	I
Ernia crurale strozzata	I
Ernia diaframmatica	II
Ernia epigastrica semplice, strozzata o recidiva	I
Ernia inguinale con ectopia testicolare	I
Ernia inguinale semplice, strozzata o recidiva	I
Ernia ombelicale semplice o recidiva	I



Ernie rare (ischiatrica, otturatoria, lombare, perineale)	I
Laparocoele, intervento per	I
Linfoadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento)	I
Linfoadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento)	I
Tumore maligno della parete addominale, asportazione di	I
CHIRURGIA DEL PERITONEO	
Ascesso del Douglas, drenaggio	I
Ascesso sub-frenico, drenaggio	I
Laparotomia con lesione di organi interni parenchimali che richiedono emostasi	II
Laparotomia con resezione intestinale	II
Laparotomia esplorativa quale intervento principale per neoplasie non resecabili	I
Laparotomia per contusioni e ferite all'addome senza lesioni di organi interni	I
Laparotomia per lesioni di organi interni parenchimali che richiedano exeresi	II
Laparotomia per lesioni gastro-intestinali che richiedono sutura	II
Laparotomia per peritonite diffusa	I
Laparotomia per peritonite saccata	I
Laparotomia semplice (esplorativa e/o lisi aderenze)	I
Occlusione intestinale con resezione	II
Occlusione intestinale senza resezione	I
Tumore retroperitoneale, exeresi di	II
CHIRURGIA PICCOLI INTERVENTI	
Tumore superficiale maligno tronco/arti, asportazione di	I
CHIRURGIA DELLO STOMACO	
Dumping syndrome, interventi di riconversione per	II
Ernia jatale, interventi per (compresa plastica antireflusso)	I
Fistola gastro-digiuno colica, intervento per	II
Gastrectomia totale con linfoadenectomia	II
Gastrectomia totale per patologia benigna	II
Gastro-enterostomia per neoplasie non resecabili	I
Gastrostomia (PEG)	I
Piloroplastica (come unico intervento)	I
Resezione gastro-duodenale	II
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica	II
Vagotomia selettiva, tronculare con piloroplastica	II
Vagotomia superselettiva	II
CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE	
Condilectomia (come unico intervento)	I
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, bilaterale	II
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, monolaterale	I
Fistole trans-alveolari, plastiche cutanee delle	I
Formazioni cistiche endoparotidiche, enucleoresezione di	I
Fossa pterigo-mascellare, chirurgia della	II
Fratture dei mascellari, terapia chirurgica di	I
Fratture della mandibola e del condilo, terapia chirurgica delle	I
Linfoangioma cistico del collo, intervento per	I
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento della loggia sottomascellare	II
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale	II
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni senza svuotamento della loggia sottomascellare	I
Lussazione mandibolare, terapia chirurgica per	I
Mandibola, resezione parziale per neoplasia della	II
Mascellare superiore per neoplasie, resezione del	II
Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario	II
Meniscectomia dell'articolazione temporo-mandibolare (come unico intervento)	I
Neoformazione endossea di grandi dimensioni exeresi di	I
Neoplasie maligne del labbro/guancia con svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	II
Neoplasie maligne del labbro/guancia senza svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	I
Neoplasie maligne limitate del labbro o dei tessuti molli della cavità orale, asportazione di	I



Paralisi dinamica del nervo facciale, plastica per	II
Paralisi statica del nervo facciale, plastica per	I
Parotidectomia parziale o totale	II
Plastica di fistola palatina	I
Ricostruzione con innesti ossei, con materiali alloplastici o con protesi dei mascellari	II
Tumori benigni o misti della parotide, enucleazione di	I

CHIRURGIA PEDIATRICA

Asportazione tumore di Wilms	II
Cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene) intervento per	II
Fistola e cisti dell'ombelico: dal canale onfalomesenterico con resezione intestinale	II
Neuroblastoma addominale, endotoracico o pelvico	II
Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi)	II
Occlusione intestinale del neonato, con o senza resezione intestinale	II
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: ileostomia semplice	I
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva	II
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione secondo Mickulicz	II
Plesso brachiale, neurolisi per paralisi ostetrica del	II
Retto, prolasso con operazione addominale del	II

CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA

Angiomi del viso di grandi dimensioni (oltre cm. 4), intervento per	I
Innesto di nervo, di tendine, osseo o cartilagineo	I
Intervento di push-back e faringoplastica	I
Labbra (trattamento completo), plastica ricostruttiva delle	I
Padiglione auricolare, plastica ricostruttiva del	I
Retrazione cicatriziale delle dita con innesto, intervento per	I
Retrazione cicatriziale delle dita senza innesto, intervento per	I
Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale	II
Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale	I
Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea	I
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di grandi dimensioni	I
Riparazione di P.S.C. con lembo fasciocutaneo	I
Riparazione di P.S.C. con lembo miofasciocutaneo	I
Riparazione di P.S.C. o di esiti cicatriziali mediante espansione tissutale	I
Trasferimento di lembo libero microvascolare	II
Tumori maligni profondi del viso, asportazione di	I
Tumori maligni superficiali del viso, intervento per	I

CHIRURGIA TORACO-POLMONARE

Ascessi, interventi per	I
Bilobectomie, intervento di	II
Cisti (echinococco od altre), asportazione di	II
Decorticazione pleuro-polmonare, intervento di	II
Enfisema bollosa, trattamento chirurgico	I
Ernie diaframmatiche traumatiche	II
Ferita toraco-addominale con lesioni viscerali	II
Ferita toraco-addominale senza lesioni viscerali	I
Ferite con lesioni viscerali del torace	II
Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per	II
Fistole esofago bronchiali, interventi di	II
Fratture costali o sternali, trattamento chirurgico	I
Lembo mobile del torace, trattamento chirurgico del (flyin chest)	II
Linfoadenectomia mediastinica (come unico intervento)	I
Neoformazioni del diaframma	I
Neoformazioni della trachea	I
Neoplasie maligne coste e/o sterno	I
Neoplasie maligne della trachea	II
Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino	II
Pleurectomie	II



Pleuropneumonectomia	II
Pleurotomia e drenaggio (con resezione di una o più coste), intervento di	I
Pneumonectomia, intervento di	II
Relaxatio diaframmatica	II
Resezione bronchiale con reimpianto	II
Resezione di costa soprannumeraria	II
Resezione segmentaria o lobectomia	II
Resezioni segmentarie tipiche o atipiche	II
Sindromi stretto toracico superiore	II
Timectomia	II
Toracoplastica, primo tempo	II
Toracoplastica, secondo tempo	I
Toracotomia esplorativa (come unico intervento)	I
Tracheo-broncoscopia operativa	I
Trapianto di polmone	III

CHIRURGIA VASCOLARE

Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto	II
Aneurismi arterie distali degli arti	I
Aneurismi, resezione e trapianto: arterie glutee, arterie viscerali e tronco sovraortici	II
Angioplastica di arterie viscerali (come unico intervento)	II
By-pass aortico-iliaco o aorto-femorale	II
By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavia	II
By-pass arterie periferiche:femoro-tibiali, axillo-femorale, femoro-femorale, femoro-popliteo	II
Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde o cava	II
Fasciotomia decompressiva	I
Legatura e/o sutura di medi vasi: femorale-poplitea-omeroale-mammaria interna-brachiale-ascellare-glutea-carotidevertebrale- succlavia-anonima	I
Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti o correzioni emodinamiche (CHIVA)	I
Trombectomia venosa superficiale (come unico intervento)	I
Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale	II
Tromboendoarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	II
Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	II
Tromboendoarteriectomia e plastica arteria femorale	II
Tromboendoarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	II

CHIRURGIA DERMATOLOGICA, CRIOTERAPIA, LASER

GINECOLOGIA

Adesiolisi	I
Annessiectomia bilaterale, interventi conservativi di	II
Annessiectomia bilaterale, interventi demolitivi di	II
Annessiectomia monolaterale, interventi conservativi di	I
Annessiectomia monolaterale, interventi demolitivi di	I
Ascessi o diverticoli o cisti parauretrali, trattamento chirurgico di	I
Cisti della ghiandola del Bartolini, asportazione di	I
Cisti ovarica intralegamentosa, asportazione di	I
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali interessanti il retto	I
Conizzazione e tracheloplastica	I
Eviscerazione pelvica	II
Fistole uterili, vescico-vaginale, retto-vaginale, intervento per	II
Incontinenza uterina, intervento per via vaginale o addominale	II
Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con o senza linfadenectomia	II
Isterectomia totale semplice con annessiectomia mono/bilaterale per via laparoscopica o per via vaginale, intervento di	I
Isteropessi	I
Isteroscopia operativa: ablazione endometriale, intervento per	I
Laparotomia esplorativa con linfadenectomia lombo pelvica selettiva e bioptica	II
Laparotomia per ferite e rotture dell'utero	II



Linfoadenectomia laparoscopica (come unico intervento)	I
Metroplastica (come unico intervento)	I
Miomectomie per via laparoscopica e ricostruzione plastica dell'utero	I
Miomectomie per via vaginale	I
Neurectomia semplice	I
Plastica con allargamento dell'introito (compreso intervento per vaginismo)	I
Plastica vaginale anteriore e posteriore, intervento di	I
Plastica vaginale anteriore o posteriore, intervento di	I
Prolasso cupola vaginale o colpopessia, interventi per via addomianle o vaginale	I
Resezione ovarica bilaterale per patologia disfunzionale	I
Resezione ovarica monolaterale per patologia disfunzionale	I
Salpingectomia bilaterale	I
Salpingectomia monolaterale	I
Salpingoplastica	II
Trattamento chirurgico conservativo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelvicheannessiali	II
Trattamento chirurgico conservativo laparotomico per gravidanza extrauterina	I
Trattamento chirurgico conservativo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	I
Trattamento chirurgico demolitivo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelvicheannessiali	I
Trattamento chirurgico demolitivo laparotomico per gravidanza extrauterina	I
Trattamento chirurgico demolitivo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelvicheannessiali	I
Tumori maligni vaginali con linfoadenectomia, intervento radicale per	II
Tumori maligni vaginali senza linfoadenectomia, intervento radicale per	I
Vulvectomia parziale	I
Vulvectomia parziale con linfoadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di	I
Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e pelvica, intervento di	II
Vulvectomia semplice (locale o cutanea), intervento di	I
Vulvectomia totale	I

OSTETRICIA

Assistenza al parto con taglio cesareo conservativo o demolitivo (comprensiva della normale assistenza alla puerpera durante il Ricovero)	I
Laparotomia esplorativa, con intervento demolitore	II
Riduzione manuale per inversione di utero per via laparotomica, intervento di	I

NEUROCHIRURGIA

Anastomosi vasi intra-extra cranici	II
Ascesso o ematoma intracranico, intervento per	II
Carotide endocranica, legatura della	II
Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni	II
Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie, interventi di	II
Corpo estraneo intracranico, asportazione di	II
Cranioplastica	II
Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo	II
Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali o ematoma extradurale	II
Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali	III
Deviazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per	II
Epilessia focale, intervento per	II
Ernia del disco dorsale o lombare	I
Ernia del disco dorsale per via trans-toracica	II
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	I
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	II
Fistola liquorale	II
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente extra cranico	II



Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico	II
Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta	II
Gangliectomia lombare o splancnicectomia	II
Ipfisi, intervento per via transfenoidale	II
Laminectomia esplorativa, decompressiva e per interventi extradurali	II
Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari	II
Laminectomia per tumori intramidollari	II
Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di	III
Neoplasie endorachidee, asportazione di	II
Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo	II
Neurolisi (come unico intervento)	I
Neuroraffia primaria (come unico intervento)	I
Neurotomia retrogasseriana, sezione entracranica di altri nervi (come unico intervento)	II
Neurotomia semplice (come unico intervento)	I
Plastica volta cranica	II
Plesso brachiale, intervento sul	II
Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche	II
Scheggetomia e craniectomia per frattura volta cranica (compresa eventuale plastica)	II
Simpatico cervicale: denervazione del seno catotideo, intervento sul	I
Simpatico cervicale gangliectomia, intervento sul	I
Simpatico cervicale: stellectomia, intervento sul	I
Simpatico dorsale: gangliectomia toracica, intervento sul	I
Simpatico dorsale: intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi slancnici	II
Simpatico lombare: gangliectomia lombare, intervento sul	I
Simpatico lombare: resezione del nervo presacrale, intervento sul	I
Simpatico lombare: simpaticectomia periarteriosa, intervento sul	I
Simpatico lombare: simpaticectomia post gangliare, intervento sul	I
Simpatico lombare: simpatico pelvico, intervento sul	I
Simpatico lombare: splancnicectomia, intervento sul	I
Stenosi vertebrale lombare	II
Stereotassi, intervento di	II
Strappamenti e blocchi di tronchi periferici del trigemino e di altri nervi cranici	I
Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari	III
Termorizotomia del trigemino o di altri nervi cranici	I
Trapanazione cranica per puntura e drenaggio ventricolare	I
Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche (come unico intervento)	I
Traumi vertebro-midollari via anteriore o posteriore, intervento per	II
Tumori orbitali, asportazione per via endocranica	III
Tumori dei nervi periferici, asportazione di	II
Tumori della base cranica, intervento per via transorale	III
Tumori orbitali, intervento per	II

OCULISTICA

BULBO OCULARE

Corpo estraneo endobulbare calamitabile, estrazione di	I
Corpo estraneo endobulbare non calamitabile, estrazione di	II
Enucleazione con innesto protesi mobile	I
Enucleazione o exenteratio	I
Eviscerazione con impianto intraoculare	I

CONGIUNTIVA

Neoplasie congiuntivali, asportazione con innesto	I
Neoplasie congiuntivali, asportazione con plastica per scorrimento	I

CORNEA

Cheratomileusi	I
Cheratoplastica a tutto spessore	I
Cheratoplastica lamellare	I
Corpi estranei, estrazione in camera anteriore di	I



Epicheratoplastica	I
Odontocheratoprotesi (trattamento completo)	I
Trapianto corneale a tutto spessore	II
Trapianto corneale lamellare	II
CRISTALLINO	
Aspirazione di masse catarattose (come unico intervento)	I
Cataratta (senile, traumatica, patologica, complicata), estrazione di	I
Cataratta molle, intervento per	I
Cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	I
Cristallino artificiale, impianto secondario in camera posteriore	I
Cristallino artificiale, rimozione dalla camera posteriore (come unico intervento)	I
Cristallino lussato-cataratta complicata, estrazione di	I
Cristallino, estrazione nella miopia elevata (Fukala)	I
Intervento di Fukala e impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	I
MUSCOLI	
Muscoli superiori o inferiori o obliqui, avanzamento di	I
Ptosi palpebrale, intervento per (escluse finalità estetiche)	I
Strabismo paralitico, intervento per	I
INTERVENTI PER GLAUCOMA	
Ciclodialisi	I
Goniotomia	I
Idrocicloretrazione, intervento di	I
Microchirurgia dell'angolo camerulare	I
Operazione fistolizzante	I
Trabeculectomia	I
Trabeculectomia + asportazione cataratta - intervento combinato	I
Trabeculectomia + asportazione cataratta + impianto cristallino artificiale - intervento combinato	II
Trabeculotomia	I
ORBITA	
Cavità orbitaria, plastica per	I
Cisti profonde o neoplasie contorno orbita, asportazione di	I
Exenteratio orbitale	I
Operazione di Kronlein od orbitotomia	II
Orbita, intervento di decompressione per via inferiore	I
PALPEBRE	
Tumori, asportazione con plastica per innesto	I
RETINA	
Diatermocoagulazione retinica per distacco	I
Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi	I
Vitrectomia anteriore e posteriore	II
SCLERA	
Sclerectomia (come unico intervento)	I
VIE LACRIMALI	
Dicriocistorinostomia o intubazione	I
Vie lacrimali, ricostruzione	I

ORTOPEDIA - INTERVENTI CRUENTI

Acromioplastica anteriore	I
Alluce valgo correzione di	I
Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo)	II
Amputazione grandi segmenti (trattamento completo)	I
Amputazione medi segmenti (trattamento completo)	I
Artrodesi vertebrale per via anteriore e/o posteriore	II
Artrodesi: grandi articolazioni	I
Artrolisi: grandi	I
Artroplastiche con materiale biologico: grandi	II
Artroplastiche con materiale biologico: medie	I



Artroprotesi polso	II
Artroprotesi spalla, parziale	II
Artroprotesi spalla, totale	II
Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)	II
Artroprotesi: anca totale (trattamento completo)	II
Artroprotesi: ginocchio	II
Artroprotesi: gomito, tibiotarsica	II
Biopsia trans-peduncolare somi vertebrali	I
Calcaneo stop	I
Chemonucleolisi per ernia discale	I
Cisti meniscale, asportazione di	I
Corpi estranei e mobili endoarticolari (come unico intervento), asportazione di	I
Costola cervicale e "outlet syndrome", intervento per	II
Costruzione di monconi cinematici	I
Disarticolazione interscapolo toracica	II
Disarticolazioni, grandi	II
Disarticolazioni, medie	II
Disarticolazioni, piccole	I
Elsmie-Trillat, intervento di	I
Emipelvectomy	II
Emipelvectomy "interne" con salvataggio dell'arto	II
Epifisiodesi	I
Ernia del disco dorsale o lombare	I
Ernia del disco dorsale per via transtoracica	II
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	I
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	II
Legamenti articolari collo-piede (qualsiasi tecnica), ricostruzione di	I
Legamenti articolari del ginocchio (anche in artroscopia), ricostruzione di	I
Legamenti articolari del ginocchio con meniscectomia (anche in artroscopia)	I
Lussazioni recidivanti (spalla, ginocchio), plastica per	I
Meniscectomia (in artroscopia) (trattamento completo)	I
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozioni di corpi mobili (trattamento completo)	I
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozioni di corpi mobili + condroabrasione (trattamento completo)	I
Meniscectomia (tecnica tradizionale) (trattamento completo)	I
Midollo osseo, espianto di	I
Midollo osseo, trapianto di (equiparato ad Intervento chirurgico)	I
Neurinomi, trattamento chirurgico di	I
Nucleoaspirazione e/o nucleolisi lombare	I
Osteiti e osteomieliti (trattamento completo), intervento per	I
Osteosintesi vertebrale	II
Osteosintesi: grandi segmenti	II
Osteosintesi: medi segmenti	I
Osteosintesi: piccoli segmenti	I
Osteotomia semplice o complessa (bacino, vertebrale, etc.)	I
Prelievo di trapianto osseo con innesto	I
Pseudoartrosi grandi segmenti o congenita di tibia (trattamento completo)	II
Pseudoartrosi medi segmenti (trattamento completo)	I
Pseudoartrosi piccoli segmenti (trattamento completo)	I
Radio distale, resezione con trapianto articolare perone, pro-radio	II
Rimpianti di arto o suo segmento	III
Resezione articolare	I
Resezione del sacro	II
Riallineamento metatarsale	I
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale	II
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di grandi articolazioni	I
Rimozione mezzi di sintesi	I
Rottura cuffia rotatori della spalla, riparazione	I



Scapulopessi	I
Scoliosi, intervento per	II
Sinoviectomia grandi e medie articolazioni (come unico intervento)	II
Spalla, resezioni complete sec. Tickhor-Limberg	II
Stenosi vertebrale lombare	II
Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi + cemento	II
Tetto cotiloideo, ricostruzione di	II
Traslazione muscoli cuffia rotatori della spalla	I
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di	II
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di	I
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di	II
Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)	II
Vokmann, intervento per retrazioni ischemiche di	II

ORTOPEDIA - TENDINI, MUSCOLI, FASCE

Deformità ad asola	I
Tenoplastica, mioplastica, miorrafia	I
Tenorrafia complessa	I
Tenotomia, miotomia, aponeurotomia (come unico intervento)	I
Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)	I

ORL

FARINGE - CAVO ORALE - OROFARINGE - GHIANDOLE SALIVARI

Neoplasie parafaringee	II
Tonsillectomia	I
Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di	I
Velofaringoplastica	I

NASO E SENI PARANASALI

Adenotonsillectomia	I
Diaframma coanale osseo, asportazione per via transpalatina	I
Etmoide, svuotamento radicale bilaterale	I
Etmoide, svuotamento radicale monolaterale	I
Rinosettoplastica con innesti liberi di osso	II
Rino-Settoplastica ricostruttive o funzionali (escluse finalità estetiche). Compresa turbinotomia	I
Seni paranasali, intervento per mucocoele	I
Seni paranasali, intervento radicale mono o bilaterale	II
Seno mascellare, svuotamento radicale bilaterale	I
Seno sfenoidale, apertura per via transnasale	II
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare conservativa con turbinotomie funzionali	II
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di primo o secondo grado monolaterale allargata	II
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di terzo grado monolaterale allargata	II
Tumori benigni dei seni paranasali, asportazione di	I
Tumori maligni del naso e dei seni paranasali, asportazione di	II

ORECCHIO

Antro-atticotomia con labirintectomia	II
Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidica	II
Ascesso extradurale, apertura per via transmastoidica	II
Mastoidectomia	I
Mastoidectomia radicale	II
Miringoplastica per via endoaurale	I
Miringoplastica per via retroauricolare	I
Neoplasia del padiglione, exeresi di	I
Neoplasie del condotto, exeresi di	I
Nervo vestibolare, sezione del	II
Neurinoma dell'ottavo paio asportazione di	II
Petrosectomia	II
Petrositi suppurate, trattamento delle	II



Revisione di mastoidectomia radicale, intervento di	II
Sacco endolinfatico, chirurgia del	II
Stapedectomy	II
Stapedotomy	II
Timpanoplastica con o senza mastoidectomia	II
Timpanoplastica secondo tempo di	I
Tumori dell'orecchio medio, asportazione di	II
LARINGE E IPOFARINGE	
Adduttori, intervento per paralisi degli	II
Corde vocali, decorticazione in microlaringoscopia	I
Corpectomia (anche laser)	II
Diaframma laringeo, escissione con ricostruzione plastica	I
Laringectomy parziale	II
Laringectomy parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale	II
Laringectomy totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale	II
Laringectomy totale senza svuotamento laterocervicale	II
Laringoceale	I
Laryngofaryngectomy totale	II

UROLOGIA

ENDOSCOPIA OPERATIVA

Calcoli ureterali, estrazione con sonde apposite	I
Collo vescicale o prostata, resezione endoscopica del	I
Incontinenza urinaria, intervento (Teflon)	I
Litotripsia ureterale con ultrasuoni, laser, ect.	I
Litotripsia, litolapassi vescicale endoscopica	I
Nefrostomia percutanea bilaterale	I
Neoformazioni ureterali, resezione endoscopica di	I
Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di	I
Prostata, resezione endoscopica della + vaporizzazione (TURP, TUVP)	I
Reflusso vescico-ureterale, intervento endoscopico (Teflon)	I
Ureterocele, intervento endoscopico per	I
Wall Stent per stenosi ureterali compresa nefrostomia	II

PICCOLI INTERVENTI E DIAGNOSTICA UROLOGICA

PROSTATA

Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)	II
Prostatectomia sottocapsulare per adenoma	I

RENE

Biopsia chirurgica del rene (come unico intervento)	I
Cisti renale, resezione	I
Eminefrectomia	II
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale bilaterale (trattamento completo)	II
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale monolaterale (trattamento completo)	I
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale bilaterale (trattamento completo)	II
Litotripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale monolaterale (trattamento completo)	I
Lombotomia per ascessi pararenali	I
Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)	II
Nefrectomia polare	II
Nefrectomia semplice	II
Nefropessi	I
Nefrostomia o pielostomia (come unico intervento)	I
Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di	II
Nefroureterectomia radicale più trattamento per trombo cavale (compresa surrenectomia)	II
Pielocalicolitotomia (come unico intervento)	I
Pielonefrolitotomia complessa (nephrotomy e/o bivalve), intervento di	II
Pieloureteroplastica per stenosi del giunto	II



Surrenectomia (trattamento completo)	II
Trapianto del rene	III
URETERE	
Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale bilaterale (trattamento completo)	II
Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale monolaterale (trattamento completo)	I
Transuretero-uretero-anastomosi	I
Uretero-ileo-anastomosi mono o bilaterale	II
Ureterocistoneostomia bilaterale	II
Ureterocistoneostomia monolaterale	I
Ureterocutaneostomia bilaterale	II
Ureterocutaneostomia monolaterale	I
Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (mono o bilaterale), intervento di	II
Ureteroileocutaneostomia non continente	II
Ureterolisi più omentoplastica	I
Ureterolitotomia lombo-iliaca	I
Ureterolitotomia pelvica	II
Ureterosigmoidostomia mono o bilaterale	II
Diatermocoagulazione di condilomi uretrali con messa a piatto dell'uretra	I
Fistole uretrali	II
Incontinza urinaria, applicazione di sfinteri artificiali	I
Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena	I
Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa	II
Rottura traumatica dell'uretra	I
Uretrectomia totale	I
Uretroplastiche (in un tempo), intervento di	I
Uretroplastiche (lombi liberi o peduncolati), trattamento completo	II
Uretrostomia perineale	I
VESCICA	
Ascesso dello spazio prevescicale del Retzius	I
Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia	II
Cistectomia parziale semplice	I
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculetomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder	II
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculetomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa	II
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculetomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia	II
Cistopessi	I
Cistorrafia per rottura traumatica	I
Collo vescicale, plastica Y/V (come unico intervento)	II
Diverticulectomia	I
Estrofia vescicale (trattamento completo)	II
Fistola e/o cisti dell'uraco, intervento per	I
Fistola sovrapubica, intervento per (come unico intervento)	I
Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica, intervento per	II
Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per	II
Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)	II
Vescicoplastica antireflusso	II
APPARATO GENITALE MASCHILE	
Deferenti, ricanalizzazione dei	I
Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia	II
Epididimectomia	I
Fistole scrotali o inguinali	I
Funicolo, detorsione del	I
Induratio penis plastica, interventi per	I
Corpi cavernosi (corporoplastiche, etc.) interventi sui	I
Orchidopessi mono o bilaterale	I



Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale	II
Orchiectomia sottocapsulare bilaterale	I
Orchiepididimectomia bilaterale con eventuali protesi	I
Orchiepididimectomia monolaterale con eventuali protesi	I
Pene, amputazione parziale del	I
Pene, amputazione totale con linfadenectomia	II
Pene, amputazione totale del	I
Posizionamento di protesi peniena	II
Priapismo (shunt), intervento per	I
Tumori del testicolo con eventuale linfadenectomia, interventi per	II
Varicocele, intervento per (anche con tecnica microchirurgica)	I



ALLEGATO 2 - Tabella delle Invalidità (INAIL)

Tipologia di Sinistro	% invalidità permanente Destro	% invalidità permanente Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15%	15%
Sordità completa bilaterale	60%	60%
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	35%
Perdita anatomica o atrofica del globo oculare senza possibilità applicazione di protesi	40%	40%
Altre menomazione della facoltà visiva (vedasi relativa tabella sottostante All.2)	-	-
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	8%
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	18%
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	11%
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	30%
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	25%
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	15%
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde Indennità		
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	5%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per la disarticolazione scapolo-omeroale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio destro al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	12%
Perdita totale dell'anulare	8%	8%
Perdita del mignolo	12%	12%
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	5%
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	3%
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	5%
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%



Tipologia di Sinistro	% invalidità permanente Destro	% invalidità permanente Sinistro
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	8%
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	6%
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	8%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110-75:		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) Quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	45%
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	80%
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	70%
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	65%
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	55%
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	50%
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	30%
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	16%
Perdita totale del solo alluce	7%	7%
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna Indennità, ma ove concorra di più ogni altro dito perduto è valutato il	3%	3%
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	35%
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	20%
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	11%

Per valutare menomazioni visive ed uditive si quantifica il grado di Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi. Per menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa. Se la lesione comporta una minorazione, anziché perdita totale, le percentuali si riducono in proporzione alla funzionalità perduta.

NOTE:

La tabella riporta l'allegato 2 al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 che costituisce il riferimento contrattuale della Polizza.



ALLEGATO 3 -Tabella di valutazione delle Menomazioni dell'acutezza Visiva (INAIL Industria)

TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI DELL'ACUTEZZA VISIVA

Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
3. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità Permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
4. La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di Infortunio agricolo.

5.

di 10/10, 9/10, 8/10	15%
di 7/10	18%
di 6/10	21%
di 5/10	24%
di 4/10	28%
di 3/10	32%
inferiore a 3/10	35%

- In caso di afachia monolaterale con visus corretto:
6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Ultimo aggiornamento 6 febbraio 2025

SEZIONE PRELIMINARE: MODIFICHE PRINCIPALI

In ragione della fiducia che esiste tra noi, la protezione dei tuoi dati personali è importante per il Gruppo BNP Paribas. Abbiamo migliorato la nostra Informativa sulla Privacy in particolare con riferimento alle seguenti informazioni:

- trattamento di dati relativi alle finalità di comunicazione commerciale,
- trattamento di dati relativi alle finalità di antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo e sanzioni internazionali.

INTRODUZIONE

Prendiamo molto sul serio la protezione dei tuoi dati personali. Il Gruppo BNP Paribas, di cui la nostra società è parte, ha, infatti, adottato regole specifiche sulla protezione dei dati personali.

Cardif Assurances Risques Divers – Rappresentanza generale per l'Italia ("**Noi**"), in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, è responsabile della raccolta e del trattamento dei tuoi dati personali che effettua nell'ambito delle sue attività.

Il nostro obiettivo è aiutare i nostri clienti – privati, imprenditori, piccole e medie imprese, grandi aziende e investitori istituzionali grazie alle nostre soluzioni di investimento, risparmio e alle soluzioni assicurative.

Facciamo parte di un Gruppo bancario-assicurativo integrato e, in collaborazione con le diverse società del Gruppo, forniamo ai nostri clienti una gamma completa di prodotti e servizi bancari, assicurativi e di leasing.

Lo scopo della presente Informativa sulla Privacy è di farti sapere come trattiamo i tuoi dati personali e come puoi controllarli e gestirli.

1. SEI DESTINATARIO DELLA PRESENTE INFORMATIVA SULLA PRIVACY?

La presente Informativa sulla Privacy si rivolge a te se tu ("**Tu**") sei:

- un nostro cliente o hai/hai avuto con noi un rapporto contrattuale (sottoscrittore, co-sottoscrittore, persona assicurata);
- un membro della famiglia di un nostro cliente. Infatti, i nostri clienti possono condividere con noi informazioni sulla loro famiglia qualora necessario al fine di fornire loro un prodotto o un servizio o per conoscerli meglio;
- una persona interessata ai nostri prodotti o servizi (per il seguito "Prospect") quando tu ci fornisci i tuoi dati personali affinché possiamo contattarti.
- un erede o avente diritto;
- un co-mutuuario/garante, fideiussore, coobbligato;
- un esponente (ad es. rappresentante legale) di un nostro cliente ricompreso in un mandato/delega di poteri;
- un beneficiario di una transazione di pagamento;
- un beneficiario di un contratto o polizza assicurativa e/o un trust/fiduciario;
- un manager o un legale rappresentante di un cliente che è una persona giuridica;
- un donatore;
- un creditore (per esempio nel caso di liquidazione coatta amministrativa);
- un azionista di una società.

Se nella relazione che hai con Noi è necessario che Tu ci fornisca dati personali di terzi, ti chiediamo di informare tali soggetti della comunicazione **a Noi** dei loro dati personali e della possibilità di leggere la presente Informativa sulla Privacy disponibile anche sul Nostro sito internet. Provvederemo anche noi a informarli laddove possibile ai sensi delle norme di riferimento e laddove non pregiudichi i nostri obblighi di riservatezza ed il conseguimento delle finalità del trattamento.

2. COME PUOI CONTROLLARE IL TRATTAMENTO DEI TUOI DATI PERSONALI?

Tu hai dei diritti, di seguito meglio descritti, che Ti consentono di esercitare un effettivo controllo sui tuoi dati personali e su come li trattiamo

Se intendi esercitare i tuoi diritti, puoi inviare apposita richiesta ai seguenti indirizzi:

- Tramite e-mail a: data.protection.italy@cardif.com
- Tramite mezzo posta a: Ufficio Privacy Cardif - P.za Lina Bo Bardi, 3 - 20124 Milano allegando una copia di un tuo documento di identità qualora richiesto.

I tuoi diritti potranno essere limitati nei casi previsti dalla legge o dai regolamenti applicabili. Ad esempio, ciò accade quando dall'esercizio di tali diritti possa derivare un pregiudizio effettivo e concreto agli interessi tutelati dalle disposizioni di legge relative all'antiriciclaggio. In questi casi puoi comunque esercitare i tuoi diritti rivolgendoti al Garante per la protezione dei dati personali il quale effettuerà le verifiche necessarie.

2.1 Puoi richiedere l'accesso ai tuoi dati personali

Se desideri avere accesso ai tuoi dati personali, ti forniremo una copia dei dati che hai richiesto e le informazioni relative al loro trattamento.

2.2 Puoi chiedere la correzione dei tuoi dati personali

Laddove ritieni che i tuoi dati personali siano inesatti o incompleti, puoi richiedere che tali dati vengano modificati o integrati di conseguenza. In alcuni casi, potrebbe essere richiesta della documentazione di supporto.

2.3 Puoi richiedere la cancellazione dei tuoi dati personali

Se lo desideri, puoi richiedere la cancellazione dei tuoi dati personali, nei limiti previsti dalla legge.

2.4 Puoi opporsi al trattamento dei tuoi dati personali trattati sulla base di nostri interessi legittimi

Se non concordi con il trattamento dei tuoi dati personali basato sui nostri legittimi interessi, puoi opperti, in qualsiasi momento, per motivi connessi alla tua situazione particolare, indicando l'attività di trattamento a cui ti riferisci e i motivi dell'opposizione. Non tratteremo più i tuoi dati personali a meno che non vi siano legittimi motivi cogenti per farlo o il trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa in giudizio di un nostro diritto.

2.5 Puoi opperti al trattamento dei tuoi dati personali per finalità di comunicazione commerciale

Hai il diritto di opperti in qualsiasi momento al trattamento dei tuoi dati personali per finalità di comunicazione commerciale, compresa la profilazione nella misura in cui questa sia connessa a tale finalità.

2.6 Puoi limitare il trattamento dei tuoi dati personali

Se dubiti dell'accuratezza dei dati personali che utilizziamo o ti opponi al trattamento dei tuoi dati personali, verificheremo ed esamineremo la tua richiesta. Puoi richiedere la sospensione del trattamento dei tuoi dati personali mentre esaminiamo la tua richiesta.

2.7 Hai diritti contro una decisione automatizzata

In linea generale, hai il diritto di non essere soggetto ad una decisione basata esclusivamente su un trattamento automatizzato, compresa la profilazione, che abbia un effetto giuridico o incida in modo significativo su di Te. Tuttavia, potremmo adottare una decisione automatizzata se si rende necessaria per la sottoscrizione o l'esecuzione di un contratto con noi, se è autorizzata da una norma italiana o dell'Unione Europea o se hai prestato il tuo consenso.

In ogni caso, hai la possibilità di contestare la decisione, esprimere le tue opinioni e chiedere l'intervento di una persona che possa rivedere la decisione.

2.8 Puoi revocare il tuo consenso

Se hai prestato il tuo consenso al trattamento dei tuoi dati personali, puoi revocare questo consenso in qualsiasi momento ferma la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

2.9 Puoi richiedere la portabilità di parte dei tuoi dati personali

Puoi richiedere una copia dei dati personali che ci hai fornito in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, laddove il trattamento si basi sul tuo consenso o sul contratto, ed avvenga in modo automatizzato. Ove tecnicamente fattibile, è possibile richiedere la trasmissione di questa copia a terzi titolari da Te indicati.

2.10 Come presentare un reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali

Oltre ai diritti di cui sopra, è possibile proporre reclamo all'autorità di controllo competente, che di solito è quella del proprio luogo di residenza. In Italia ti devi rivolgere al Garante per la protezione dei dati personali.

2.11 Come puoi contattare il Responsabile della protezione dei dati personali

Puoi contattare il nostro responsabile della protezione dei dati (DPO) al seguente indirizzo dpo_italia@cardif.com oppure inviando una lettera a DPO Cardif - P.za Lina Bo Bardi, 3 - 20124 Milano.

3. PERCHÉ E SU QUALE BASE GIURIDICA TRATTIAMO I TUOI DATI PERSONALI?

Lo scopo di questa sezione è spiegare perché trattiamo i tuoi dati personali e la base giuridica che adottiamo.

3.1 Trattiamo i tuoi dati personali per ottemperare ai nostri obblighi di legge

- 3.1.1** I tuoi dati personali sono trattati, ove necessario, per consentirci di **rispettare le normative a cui siamo soggetti**, tra cui le normative in materia assicurativa e finanziaria. Trattiamo i tuoi dati personali per:

- monitorare le operazioni e le transazioni per identificare quelle che si discostano dalla normale routine/conluetudine (ad esempio cambi del contraente o del beneficiario di una polizza assicurativa poco dopo la relativa stipula ovvero poco prima del pagamento della prestazione, oppure la richiesta di liquidazione delle prestazioni in uno dei Paesi o territori a rischio, etc.)
- gestire, prevenire e segnalare i rischi (finanziari, creditizi, legali, di conformità o reputazionali, ecc.) nei quali Noi e il Gruppo BNP Paribas (di cui Noi siamo parte), potremmo incorrere nell'ambito delle nostre attività;
- registrare, laddove previsto dalle norme e dai regolamenti applicabili (ad es. in materia assicurativa), le comunicazioni in qualsiasi forma relative, quantomeno, alle operazioni effettuate nell'ambito del collocamento dei nostri prodotti e servizi;
- valutare la coerenza, l'appropriatezza e l'adeguatezza dei nostri prodotti e servizi forniti a ciascun cliente in conformità con la direttiva sulla distribuzione assicurativa (IDD) del 2016;
- contribuire alla lotta contro le frodi fiscali e adempiere agli obblighi di controllo e notifica fiscale;
- registrare le transazioni a fini contabili;
- prevenire, rilevare e segnalare i rischi legati alla Responsabilità Sociale d'Impresa e allo sviluppo sostenibile;
- rilevare e prevenire la corruzione;
- rispettare le disposizioni applicabili ai prestatori di servizi fiduciari che rilasciano certificati di firma elettronica;
- scambiare e segnalare determinate operazioni, transazioni o ordini, fornire riscontro a richieste avanzate da parte di un'autorità finanziaria, fiscale, amministrativa, penale o giudiziaria locale o straniera debitamente autorizzata, di arbitri o mediatori, forze dell'ordine, agenzie governative o enti pubblici.

3.1.2 Trattiamo i tuoi dati personali per scopi di antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo

Trattiamo i tuoi dati personali anche per prevenire il riciclaggio di denaro e il finanziamento del terrorismo. Facciamo parte di un gruppo bancario ed assicurativo che deve disporre non solo di un solido sistema di antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo (AML/TF) a livello locale, ma che deve essere governato anche centralmente, in un contesto normativo che prevede l'applicazione di sanzioni locali, europee e internazionali.

In questo contesto, siamo anche titolari del trattamento con BNP Paribas SA, la società madre del Gruppo BNP Paribas (il termine "Noi" in questa sezione include anche BNP Paribas SA).

Le attività di trattamento svolte in contitolarità per adempiere a tali obblighi di legge sono dettagliate nell'allegato "Trattamento dei dati personali a fini di antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo"

3.2 Trattiamo i tuoi dati personali per dare **esecuzione ad un contratto** di cui sei parte o per l'esecuzione di misure precontrattuali adottate su tua richiesta

I tuoi dati personali sono trattati quando è necessario stipulare o eseguire un contratto al fine di:

- definire il tuo profilo di rischio assicurativo e determinare il premio applicabile;
- valutare (per esempio sulla base del tuo profilo di rischio assicurativo) se possiamo offrirti un prodotto o un servizio e a quali condizioni (ad es. pricing);
- fornirti informazioni sul prodotto o servizio richiesto;
- fornirti i prodotti e i servizi conformemente al contratto sottoscritto;
- gestire il tuo contratto assicurativo (in particolare con riferimento alla gestione dei sinistri e alla relativa liquidazione, etc)
- rispondere alle tue richieste e fornirti assistenza;
- comunicare con te attraverso i Nostri diversi canali per fornirti comunicazioni di servizio inerenti i rapporti che hai con Noi;
- assicurare la gestione della tua successione nel contratto assicurativo;

3.3 I tuoi dati personali sono trattati per soddisfare il nostro **legittimo interesse** o quello di un altro titolare a cui i dati sono comunicati

Nel caso in cui basiamo un'attività di trattamento su un interesse legittimo, prima valutiamo che su questo non prevalgano i tuoi interessi o diritti e libertà fondamentali. Se necessiti di maggiori informazioni riguardo il legittimo interesse da Noi perseguito nell'ambito del trattamento puoi contattarci ai recapiti indicati nella sezione 2 "Come puoi controllare il trattamento dei tuoi dati personali".

3.3.1 Nel corso della nostra attività come compagnia di assicurazioni trattiamo i tuoi dati personali per:

- gestire i rischi a cui siamo esposti:
 - avere la prova di operazioni, e transazioni da te effettuate anche con evidenza elettronica;

- monitorare le tue transazioni per gestire, prevenire e individuare le frodi in particolare monitorando le operazioni che si discostano dalla normale routine;
 - gestire i pagamenti irregolari ed i debiti insoluti (la cui presenza potrebbe comportare, per il cliente, l'impossibilità di sottoscrivere nuovi prodotti e/o servizi), recuperare i nostri crediti;
 - gestire le eventuali azioni legali, i reclami e la difesa in caso di contenzioso;
 - sviluppare modelli statistici individuali per definire il tuo rischio assicurativo;
 - rispondere ad audit cui Noi siamo sottoposti.
- migliorare la sicurezza informatica, gestire le nostre piattaforme e i nostri siti Web e garantire la continuità dell'operatività aziendale;
- migliorare l'automazione e l'efficienza dei nostri processi operativi e dei servizi resi alla clientela mediante i Nostri diversi canali (inclusi quelli di assistenza) raccogliendo ed esaminando, anche a fini formativi, dati personali ed informazioni acquisite nell'ambito delle nostre interazioni con te attraverso tutti i sistemi di contatto quali ad es. telefonate, e-mail o chat. In particolare, tale attività potrà essere raggiunta anche attraverso l'analisi del testo delle mail e chat con individuazione di parole chiave, per individuare informazioni minime quali ad esempio la frequenza dei contatti e delle interazioni che abbiamo avuto con te, le principali motivazioni del contatto (richiesta assistenza, reclamo, richiesta informazioni). Inoltre, si potranno effettuare attività di "sentiment analysis", mediante il riascolto delle telefonate (elaborazione delle tracce audio, con analisi del tono della voce e frequenza audio, senza elaborazione del timbro della voce escludendosi, quindi, il trattamento di dati biometrici). In ogni caso, non verranno trattati dati particolari quali i dati sanitari, di orientamento politico, religioso e sessuale, adottando specifiche tecniche di cancellazione;
- effettuare operazioni finanziarie quali vendite di portafogli di debito, cartolarizzazioni, finanziamenti o rifinanziamenti di nostre posizioni o del Gruppo BNP Paribas;
- condurre studi statistici e sviluppare modelli predittivi e descrittivi per:
 - segmentare la clientela;
 - finalità commerciali: per identificare i prodotti e servizi che meglio rispondono alla Tue esigenze per creare nuove offerte o identificare nuove tendenze tra i nostri clienti, per sviluppare la nostra strategia commerciale tenendo in conto le preferenze dei nostri clienti;
 - finalità di sicurezza: prevenire potenziali incidenti e migliorare la gestione della sicurezza;
 - finalità di conformità/compliance (come l'antiriciclaggio e la lotta al finanziamento del terrorismo) e la gestione del rischio;
 - finalità di efficienza aziendale: ottimizzare ed automatizzare i nostri processi operativi quali ad esempio i test delle applicazioni, i sistemi di compilazione automatica dei reclami, ecc;
 - finalità antifrode.
- organizzare manifestazioni a premio, operazioni promozionali, condurre sondaggi di opinione e di soddisfazione dei clienti, procedere a rilevare e analizzare il grado di soddisfazione della clientela sulla qualità dei servizi resi mediante attività eseguite direttamente da Noi o attraverso il supporto di società specializzate. Le domande saranno poste per il tramite dei nostri diversi canali di contatto quali ad esempio interviste telefoniche con operatore o senza operatore, invio di mail, messaggi in app, etc.

3.3.2 Trattiamo i tuoi dati personali per inviarti offerte commerciali via e-mail, in formato cartaceo via posta e telefono con operatore

Come parte del Gruppo BNP Paribas, vogliamo essere in grado di offrirti l'accesso all'intera gamma di prodotti e servizi che meglio soddisfano le tue esigenze.

Una volta che sei diventato Nostro cliente e a meno che Tu non ti opponga, potremmo inviarti comunicazioni relative ai nostri prodotti e servizi e a quelli del Gruppo, se sono analoghi a quelli che hai già sottoscritto.

Ci assicuriamo che queste offerte commerciali si riferiscano a prodotti o servizi che sono rilevanti per le tue esigenze e complementari ai prodotti e servizi che hai già, per garantire che i nostri rispettivi interessi siano equilibrati.

A meno che Tu non ti opponga, quindi, Noi potremo proporti offerte relative ai nostri prodotti e servizi, se sono analoghi a quelli che hai già sottoscritto, mediante posta elettronica (se l'indirizzo mail è stato fornito da te in occasione della vendita di un prodotto/servizio da noi offerto);

Inoltre, a meno che tu non ti opponga, sulla base del Nostro legittimo interesse potremo proporti offerte relative ai nostri prodotti e servizi, nonché a quelli del Gruppo, se sono analoghi a quelli che hai già sottoscritto, mediante:

- telefonate con operatore;
- posta cartacea.

Se sei un Prospect, potremo effettuare comunicazione relativi ai Nostri prodotti e servizi analoghi a quelli per i quali hai manifestato interesse mediante telefonate con operatore e posta cartacea, sempre che tu non ti opponga.

Ci assicuriamo che queste offerte commerciali si riferiscano a prodotti o servizi che sono rilevanti per le tue esigenze e complementari ai prodotti e servizi che hai già o verso cui hai manifestato interesse, garantendo in questo modo equilibrio tra i nostri rispettivi interessi.

3.3.3 Analizziamo i tuoi dati personali per eseguire la profilazione standard al fine di personalizzare i nostri prodotti e le nostre offerte

Per migliorare la tua esperienza e soddisfazione, abbiamo bisogno di determinare a quale gruppo di clienti appartieni. A tal fine, possiamo costruire un tuo profilo standard prendendo in esame le seguenti informazioni:

- informazioni che ci comunichi direttamente durante le nostre interazioni o quando sottoscrivi un prodotto o servizio;
- informazioni derivanti dal tuo utilizzo dei nostri prodotti o servizi;
- informazioni derivanti dal tuo utilizzo dei nostri vari canali: siti web e applicazioni (ad es. se sei digitalmente esperto, se preferisci un customer journey per iscriverti a un prodotto o servizio con maggiore autonomia (selfcare)).

Noi potremo procedere alla profilazione standard, a meno che Tu non ti opponga.

Ti informiamo inoltre che, se presti anche il tuo consenso specifico come di seguito indicato, potremmo andare oltre per soddisfare ancora meglio le tue esigenze, eseguendo una personalizzazione su misura della nostra offerta come descritto di seguito.

3.4 I tuoi dati personali sono trattati se fornisci il tuo **consenso**

Per porre in essere alcuni trattamenti dei tuoi dati personali, abbiamo bisogno del tuo consenso che in questi casi ti verrà richiesto di fornire. Ti ricordiamo che puoi revocare il tuo consenso in qualsiasi momento secondo le modalità riportate al capitolo 2 della presente informativa, ferma la legittimità del trattamento posto in essere fino alla revoca.

In particolare, possiamo chiedere il tuo consenso per:

3.4.1 Personalizzare le nostre offerte, prodotti o servizi sulla base di una attività di profilazione più sofisticata finalizzata ad individuare le tue preferenze e le tue esigenze.

In particolare, trattiamo i tuoi dati personali, anche mediante elaborazioni elettroniche, in modo da individuare specifici tuoi comportamenti ed abitudini, avendo così modo di migliorare i nostri prodotti, servizi e offerte affinché siano sempre in linea con le tue preferenze ed esigenze.

Questa attività viene effettuata:

- analizzando le tue abitudini e le preferenze da Te manifestate sui vari canali (e-mail o messaggi, visite ai nostri siti web, utilizzo di Nostri software da te installati, come le app);
- analizzando i prodotti che già possiedi e la tua operatività, anche online;
- arricchendo le informazioni che abbiamo su di Te con quelle raccolte nell'ambito della navigazione da Te effettuata sui siti web e app sempre che tu abbia prestato il consenso alla installazione dei sistemi di tracciamento secondo l'informativa specifica che ti è stata fornita nell'ambito dell'app o del sito web e a cui si rinvia.
- utilizzando le informazioni relative ai rapporti da te intrattenuti con partners anche al di fuori del gruppo BNP Paribas che si occupano della distribuzione dei Nostri prodotti che abbiamo legittimamente ricevuto;
- riascoltando le telefonate ed effettuando un'analisi semantica degli scambi avuti con te (es. via mail e chat). Potrà essere effettuata anche un'attività di "sentiment analysis": in particolare, l'associazione a una o più emozioni sarà effettuata mediante l'esame dei tracciati delle chat ed email (trascrizione della chiamata e analisi semantica del testo) e riascoltando le telefonate (elaborazione delle tracce audio, con analisi del tono della voce e la frequenza audio, senza elaborazione del timbro della voce escludendo, quindi, trattamento di dati biometrici). In ogni caso, non vengono trattati dati particolari quali i dati sanitari, di orientamento politico, religioso, sessuale, adottando specifiche tecniche di cancellazione.

3.4.2 Effettuare attività di promozione e vendita di prodotti e servizi Nostri e di società terze, ivi incluse quelle appartenenti al Gruppo BNP Paribas ed effettuare indagini statistiche e ricerche di mercato (anche mediante l'ausilio di società specializzate da Noi incaricate).

In particolare, quanto alle attività di promozione e vendita, se sei un nostro Cliente, queste potranno essere poste in essere:

- se aventi ad oggetto Nostri prodotti/servizi, del Gruppo BNP Paribas e di Nostri partner commerciali di fiducia, attraverso modalità automatizzate di contatto (quali, ad esempio, chiamate senza intervento di operatori, posta elettronica, sms, forme di interazione che l'innovazione tecnologica renderà disponibili, ecc.). Ti ricordiamo che per le medesime attività con mezzi tradizionali di contatto utilizziamo come base giuridica del trattamento il legittimo interesse;
- se aventi ad oggetto Nostri prodotti/servizi e del Gruppo BNP Paribas e di Nostri partner commerciali di fiducia non analoghi a quelli che possiedi, attraverso modalità tradizionali di contatto (quali, ad esempio, posta cartacea e chiamate tramite operatori).
- Se sei un Prospect, con il tuo consenso potremo inviarti comunicazioni commerciali aventi ad oggetto Nostri prodotti/servizi e del Gruppo BNP Paribas e di partner commerciali di Nostra fiducia, attraverso modalità automatizzate di contatto (quali, ad esempio, chiamate senza intervento di operatori, sms, forme di interazione che l'innovazione tecnologica renderà disponibili, mail ecc). Resta fermo che, per prodotti analoghi a quelli per i quali hai manifestato interesse, potremo inviarti (sulla base del nostro legittimo interesse) comunicazioni commerciali per posta cartacea e tramite telefonate con operatore.

3.4.3 Comunicare i tuoi dati personali a società terze, ivi incluse quelle appartenenti al Gruppo BNP Paribas, che li tratteranno in qualità di autonomi titolari del trattamento.

In particolare, potremo comunicare a dette società i tuoi dati di contatto, i prodotti che hai con noi e il profilo di cliente a cui appartieni (ricavato secondo le basi giuridiche sopra dettagliate per la profilazione che verranno dalle stesse trattate in qualità di autonomi titolari del trattamento) a fini di informazione commerciale, indagini statistiche, ricerche di mercato, offerte dirette di loro prodotti e servizi, effettuate attraverso modalità automatizzate e tradizionali di contatto.

3.4.4 Trattare categorie particolari di dati personali

Potremo trattare Tui dati sulla salute, dati biometrici o dati riferiti alle convinzioni religiose, filosofiche o politiche o inerenti all'appartenenza sindacale laddove siano necessari per la stipulazione o esecuzione del contratto assicurativo. In tal caso il consenso da te rilasciato riguarda anche i trattamenti posti in essere, quali autonomi titolari, dai soggetti appartenenti alla cd. "catena assicurativa" di cui al successivo punto 6.2, necessariamente coinvolti in relazione alla gestione del rischio assicurato.

3.4.5 Utilizzare i tuoi dati di navigazione (cookie) per scopi commerciali o per migliorare la conoscenza del tuo profilo.

3.4.6 Processo decisionale automatizzato

Laddove il trattamento implichi un processo decisionale automatizzato che produca effetti legali o che influisca in modo significativo su di te ti informeremo separatamente in merito alla logica sottesa, nonché sul valore e sulle conseguenze previste di tale elaborazione.

3.4.7 Effettuare trattamenti per scopi diversi da quelli indicati nella presente Sezione 3 qualora non fondati su una diversa base giuridica

Ulteriori consensi al trattamento dei tuoi dati personali, potrebbero esserti richiesti ove necessario per consentirci di porre in essere trattamenti per finalità diverse da quelle sopra indicate.

4. QUALI TIPI DI DATI PERSONALI RACCOGLIAMO?

Raccogliamo e trattiamo i tuoi dati personali, vale a dire qualsiasi informazione che ti identifichi o consenta di identificarti. A seconda, tra l'altro, della categoria di persona alla quale tu appartieni (cliente, potenziale cliente, assicurato, beneficiario, etc), del tipo di prodotti o servizi che ti forniamo e delle interazioni che abbiamo con te, raccogliamo vari tipi di dati personali, tra cui:

- **identificativi e anagrafici:** ad esempio nome e cognome, sesso, luogo e data di nascita, nazionalità, numero della carta d'identità, numero del passaporto, numero della patente di guida, numero di immatricolazione/targa del veicolo, fotografia, firma;
- **contatto privato o professionale:** ad esempio indirizzo postale, indirizzo e-mail, numero di telefono;
- **informazioni relative alla tua situazione patrimoniale e familiare:** informazioni relative al tuo stato civile (sposato, convivente), composizione del nucleo familiare (numero dei componenti, età, stato di occupazione e titolo di studio), proprietà possedute (appartamento o altro tipo di abitazione), capacità e misure di protezione (minore, sotto la supervisione di un tutore o di un curatore);
- **tappe importanti della tua vita:** ad esempio, quando ti sei sposato di recente, hai divorziato, sei diventato socio o se sei diventato genitore;
- **stile di vita:** i tuoi hobby e interessi, viaggi, il tuo stile di vita (stanziale, non stanziale);
- **informazioni economiche, finanziarie e fiscali:** ad es. codice fiscale, status fiscale, paese di residenza, stipendio e altri redditi, valore dei tuoi beni, situazioni debitorie, tuoi asset finanziari, informazioni fiscali, prestiti loro ammontare e debito residuo, sovraindebitamento o situazioni di legittimazione a ricevere le prestazioni assicurative;
- **informazioni sull'istruzione e l'occupazione:** ad esempio, la categoria professionale, ambito di attività, occupazione e, a seconda del tipo di contratto: il datore di lavoro, la categoria dei dipendenti assicurati, la succursale di riferimento, il contratto collettivo applicabile, la partita IVA, la denominazione sociale della tua società o di quella presso cui lavori, il tuo stipendio o il tuo fatturato, la data presunta del tuo pensionamento, il regime fiscale, le tue qualifiche e competenze professionali;
- **informazioni relative ai prodotti e ai servizi in tuo possesso:** ad esempio, dettagli del conto bancario (ad es. coordinate), prodotti e servizi posseduti e utilizzati (assicurazione, risparmio e investimenti), il codice identificativo del cliente, i dati relativi all'assicurato, i dati relativi al Tuo contratto, sinistri pendenti, i riferimenti di eventuali provider, il coassicuratore o il riassicuratore, la durata, il valore, l'autorizzazione all'addebito in conto (es SEPA), dati relativi ai mezzi di pagamento o alle transazioni come il numero della transazione, i dettagli della transazione riguardanti il prodotto o servizio sottoscritto, gli importi insoluti e i dati relativi ad eventuali azioni di recupero;;
- **informazioni relative al pagamento del premio assicurativo:** a titolo esemplificativo il numero dell'assegno, il numero e la data di scadenza della carta di debito/credito, le coordinate bancarie (numero di conto/IBAN);
- **informazioni relative alla determinazione dei danni e degli indennizzi:** ad esempio dati relative alla perdita (la natura e le circostanze della Perdita, la descrizione del danno ai beni e alle persone, il verbale di polizia ed altri eventuali documenti di indagine, le relazioni dei periti), con riferimento ai danneggiati (la natura e la quantificazione del danno

sofferto, la percentuale di invalidità/disabilità, eventuali pensioni di invalidità, il capitale in caso di decesso, l'ammontare dell'indennizzo, i dati che consentono la determinazione dell'aliquota fiscale applicabile, il sistema di pagamento, la reversibilità, l'indennità di disoccupazione, gli importi rimborsati dagli enti di previdenza sociale), così come i dati accessibili da fonti pubbliche, pagine internet al fine di rintracciare i beneficiari del contratto;

- **informazioni sui sinistri:** per esempio storico dei sinistri, inclusi importi pagati, le relazioni dei periti e le informazioni sui danneggiati;
- **dati relativi alle tue abitudini e preferenze in relazione all'utilizzo dei nostri prodotti e servizi;**
- **dati raccolti dalle nostre interazioni con te:** ad esempio i tuoi commenti, suggerimenti, esigenze raccolte nell'ambito delle nostre interazioni attraverso tutti i sistemi di contatto a nostra disposizione, comunicazioni telefoniche, scambi di e-mail, chat, chatbot, scambi sulle nostre pagine di social media e i tuoi reclami. Potranno essere, inoltre, trattati i tuoi dati di connessione e le informazioni acquisite durante la navigazione sui nostri siti web e app, nostre pagine social media, mediante cookie e altri strumenti di tracciamento, secondo quanto indicato nell'informativa specifica sui cookie e nella sezione profilazione con consenso;
- **dati raccolti dai Nostri sistemi di video sorveglianza** (inclusi CCTV) **e dati relativi alla tua posizione** (c.d. geolocalizzazione)
- **dati relativi ai dispositivi da te utilizzati** (telefono cellulare, computer, tablet, ecc.): indirizzo IP, specifiche tecniche e dati identificativi univoci;
- **credenziali di accesso personalizzate o funzioni di sicurezza utilizzate per connetterti al Nostro sito Web e alle Nostre app;**
- **dati giudiziari** (ad esempio per la gestione del contenzioso, per il perseguimento delle attività ai fini antiriciclaggio, antiterrorismo ed embarghi).

Possiamo trattare Tuoi dati particolari come quelli sulla salute, sulle opinioni politiche, filosofiche e religiose o dati relative all'appartenenza sindacale o a reati commessi nel rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia di trattamento dei dati:

- **dati sulla salute:** ad esempio per la conclusione e l'esecuzione di alcuni contratti assicurativi;
- **dati relative alle opinioni religiose e filosofiche:** per esempio per la conclusione di alcuni specifici contratti che prevedono servizi funebri (ad esempio rimpatrio della salma);
- **dati relativi alle opinioni politiche o all'appartenenza sindacale,** ad esempio per i contratti di assicurazione relativi a finanziamenti da rimborsare mediante cessione del quinto dello stipendio, che possono comportare la consultazione della busta paga;
- **dati biometrici:** ad es. caratteristiche morfologiche del volto che possono essere utilizzati per scopi di identificazione

Laddove dovessimo trattare dati diversi da quelli sopra indicati, ti verrà fornita idonea informativa con evidenza della base giuridica e della finalità del trattamento, eventualmente acquisendo idoneo consenso laddove necessario.

5. DA CHI RACCOGLIAMO I DATI PERSONALI?

In linea generale, raccogliamo i dati personali direttamente da Te; tuttavia, potremmo anche raccogliere dati personali da altre fonti.

A volte raccogliamo dati da fonti pubbliche:

- pubblicazioni/banche dati messe a disposizione da autorità ufficiali o da terzi (ad esempio la Gazzetta ufficiale della Repubblica italiana, il registro del commercio e delle società, banche dati gestite dalle autorità di vigilanza del settore finanziario, Centrali Rischi italiane);
- siti web/pagine di social media di persone giuridiche o clienti professionali contenenti informazioni che hai divulgato (ad es. il tuo sito web o la tua pagina di social media);
- informazioni pubbliche come quella pubblicata sulla stampa.

Raccogliamo anche dati personali da terze parti (laddove ricorrano i presupposti di legge per la comunicazione a noi):

- da altre entità del Gruppo BNP Paribas;
- dai nostri clienti (aziende o privati);
- dai nostri partner commerciali;
- dai fornitori di servizi di pagamento e aggregatori di dati (fornitori di servizi di informazioni sul tuo conto);
- da terze parti come le agenzie di prevenzione delle frodi;
- da broker di dati che sono responsabili di garantire la raccolta di informazioni pertinenti in modo lecito.

6. CON CHI CONDIVIDIAMO I TUOI DATI PERSONALI E PERCHÉ?

6.1. Con le società del Gruppo BNP Paribas

In quanto parte del Gruppo BNP Paribas, Noi lavoriamo a stretto contatto con le altre società del Gruppo in tutto il mondo. I tuoi dati personali potranno, pertanto, essere condivisi tra le società del Gruppo BNP Paribas, ove necessario, per:

- rispettare i nostri vari obblighi legali e normativi sopra descritti;
- soddisfare i nostri legittimi interessi che sono:
 - gestire, prevenire, rilevare frodi, gestire audit;
 - effettuare studi statistici e sviluppare modelli predittivi e descrittivi per scopi di business, sicurezza, conformità, gestione del rischio assicurativo, creditizio e antifrode, adottando misure di minimizzazione dei dati;
 - migliorare l'accuratezza di alcuni dati a te relativi trattati dalle società del Gruppo BNP Paribas. In particolare la condivisione dei dati avverrà qualora necessaria per espletare obblighi di legge incombenti sulle diverse entità (anche ai fini antiriciclaggio condividendo a livello di gruppo il tuo profilo antiriciclaggio in ottica di un presidio accentrato e condiviso del rischio) e per avere sempre dati esatti e aggiornati (es. dati di contatto laddove necessario per un'entità mettersi in contatto con te);
 - personalizzazione dei contenuti e dei prezzi dei prodotti e servizi per te;
- offrirti l'accesso a tutti i prodotti e servizi del Gruppo BNP Paribas

6.2 Con destinatari esterni al Gruppo BNP Paribas e con i responsabili del trattamento da Noi nominati

Al fine di soddisfare alcune delle finalità descritte nella presente Informativa sulla Privacy, potremmo, ove necessario, condividere i tuoi dati personali con:

- responsabili del trattamento che svolgono servizi per nostro conto (ad es. servizi IT, logistica, servizi di stampa, recupero crediti, consulenza e distribuzione e marketing, servizi di archiviazione);
- partner bancari e commerciali, agenti indipendenti, intermediari o broker, istituti finanziari, controparti, con cui abbiamo rapporti:
 - se tale comunicazione è necessaria per consentirci di fornirti i servizi e i prodotti o eseguire i nostri obblighi contrattuali o transazioni (ad es. banche, banche corrispondenti, depositari, emittenti di titoli, agenti pagatori, piattaforme di cambio, compagnie assicurative e riassicurative, gestori dei sistemi di pagamento, emittenti o intermediari di carte di pagamento, società di mutua garanzia o istituti di garanzia finanziaria);
 - per consentirti di usufruire dei servizi/prodotti congiuntamente offerti nell'ambito della partnership (es. potremo comunicare l'avvenuta apertura del rapporto con Noi se necessario al Partner per offrirti servizi dedicati che rientrano nella partnership di cui hai voluto beneficiare);
 - se hai prestato il consenso alla comunicazione dei dati a tali categorie di soggetti per finalità di marketing di loro prodotti e servizi;
- autorità finanziarie, fiscali, amministrative, penali o giudiziarie locali o estere (laddove la loro competenza possa ritenersi applicabile anche localmente), arbitri o mediatori, autorità o istituzioni pubbliche, a cui Noi o altra società del Gruppo BNP Paribas è tenuto a comunicare per:
 - rispondere ad una loro richiesta;
 - tutelare un nostro diritto in giudizio o nel corso di un procedimento;
 - rispettare un regolamento o una raccomandazione emessa da un'autorità competente che si applica a Noi o a qualsiasi membro del Gruppo BNP Paribas se esplica i suoi effetti su di Noi e nei limiti previsti dalla legge;
- fornitori di servizi di pagamento di terze parti (informazioni sui tuoi conti bancari), allo scopo di fornire un servizio di ordine di pagamento o di informazioni sul conto se hai acconsentito al trasferimento dei tuoi dati personali a tale terza parte;
- alcuni professionisti come avvocati, notai o revisori quando necessario in circostanze specifiche (contenzioso, revisione contabile, ecc.), nonché ai nostri assicuratori o all'acquirente effettivo o potenziale di compagnie o rami d'azienda del Gruppo BNP Paribas. ove necessario ai fini delle opportune valutazioni e svolgimento delle attività necessarie a definire/concludere l'operazione societaria.

6.3. Con soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" che cooperano nella gestione del rischio assicurato, in Italia ed eventualmente in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio in caso di garanzia assistenza). Si fa riferimento ad esempio a partner, interni ed esterni al Gruppo BNP Paribas, bancari e commerciali, agenti indipendenti, intermediari o broker, altri assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, istituti finanziari, controparti, cliniche o strutture sanitarie convenzionate, archivi commerciali con i quali abbiamo rapporti, se tale trasmissione è necessaria per consentirci di fornirti servizi e prodotti o eseguire le nostre obbligazioni contrattuali o le transazioni concordate (ad es. banche, corrispondenti bancari, depositari, custodi, emittenti di titoli, agenti pagatori, compagnie di assicurazione, operatori di sistemi di pagamento, emittenti o intermediari di carte di pagamento), banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni, enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP). L'eventuale trasferimento dei Tuoi dati personali a soggetti

stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy

7. TRASFERIMENTI INTERNAZIONALI DI DATI PERSONALI

In caso di trasferimenti internazionali di dati personali provenienti dallo Spazio Economico Europeo (SEE) e destinati ad un paese non SEE, il trasferimento dei tuoi dati personali può avvenire se la Commissione Europea abbia riconosciuto che un paese non SEE fornisca un livello adeguato di protezione dei dati: in questo caso, i tuoi dati personali possono essere trasferiti su questa base.

Per i trasferimenti verso paesi non SEE in cui il livello di protezione non è stato riconosciuto come adeguato dalla Commissione Europea, faremo affidamento su una deroga applicabile alla situazione specifica (ad es. se il trasferimento è necessario per eseguire il nostro contratto con te, ad esempio quando richiedi assistenza in un Paese terzo) o implementando una delle seguenti garanzie per garantire la protezione dei tuoi dati personali:

- clausole contrattuali tipo approvate dalla Commissione Europea;
- norme vincolanti d'impresa.

In ogni caso rispetteremo le Raccomandazioni 1-2020 dell'European Data Protection Board in caso di trasferimento verso paesi che non siano destinatari di decisioni di adeguatezza da parte della Commissione Europea.

Per ottenere una copia di queste garanzie o dettagli su dove siano disponibili, è possibile inviare una richiesta a data.protection.italy@cardif.com oppure a Ufficio Privacy Cardif - P.za Lina Bo Bardi, 3 - 20124 Milano.

8. PER QUANTO TEMPO CONSERVIAMO I TUOI DATI PERSONALI?

Conserviamo i tuoi dati personali per il periodo necessario a dare esecuzione al contratto o alle richieste e misure precontrattuali e, al termine, per il periodo richiesto dalle normative applicabili o nonché per i termini di prescrizione dei diritti in caso di eventuali contestazioni e/o controversie. In particolare:

Quando è stato concluso un contratto con Noi:

I Tuoi dati personali (ivi inclusi quelli contenuti nelle registrazioni delle telefonate di vendita) sono generalmente conservati per tutta la durata del contratto alla quale si aggiunge un ulteriore periodo di conservazione pari al termine di prescrizione (da 2 a 10 anni a seconda del tipo di contratto concluso) o al termine necessario alla gestione di eventuali sinistri ivi compreso l'ulteriore termine decennale di prescrizione salvo che le disposizioni di legge prevedano termini più lunghi o più brevi di conservazione.

In assenza di un contratto concluso con Noi:

Se non sei entrato in relazione contrattuale con Noi (sei quindi un Prospect), con riferimento ai dati funzionali all'instaurazione del rapporto, laddove non perfezionato, gli stessi saranno conservati per un termine massimo di 12 mesi, al fine di consentirci di poter rispondere a tue specifiche richieste, salvo che tale termine non debba essere prorogato per obblighi di legge.

Tratteremo, poi, i tuoi dati per le altre finalità indicate in questa informativa sempre per un termine massimo di 24 mesi dall'ultimo contatto avuto con Noi.

Altri casi:

Le informazioni relative alla tua identità e fornite in relazione all'esercizio dei tuoi diritti, come stabilito nella Sezione 2 "Come puoi controllare il trattamento dei Tuoi dati personali", sono conservate per una durata di 3 anni dopo la data di esercizio di tale diritto.

9. COME SEGUIRE L'EVOLUZIONE DELLA PRESENTE INFORMATIVA SULLA PRIVACY?

In un mondo in cui le tecnologie sono in continua evoluzione, rivediamo regolarmente questa Informativa sulla Privacy aggiornandola come necessario.

Ti invitiamo a rivedere l'ultima versione di questo documento online e ti informeremo di eventuali modifiche significative attraverso il nostro sito Web o attraverso i nostri canali di comunicazione standard.

Allegato
Trattamento dei dati personali a fini di antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo

Informativa privacy contitolarietà
Ai sensi dell'Articolo 13, Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)

INTRODUZIONE

Siamo parte di un Gruppo bancario che deve adottare e mantenere un rigido programma di contrasto delle attività di riciclaggio di denaro e finanziamento del terrorismo (AML/CFT) per tutte le società del Gruppo, governate a livello centrale, nonché un programma di anti-corruzione ed un meccanismo che assicuri il rispetto delle Sanzioni internazionali (ossia, di tutte le sanzioni economiche o commerciali, incluse le relative disposizioni di legge, regolamento, misure restrittive, embarghi e misure di congelamento dei beni che sono adottate, amministrate, imposte o applicate dalla Francia, dall'Italia, dall'Unione Europea, dalle Nazioni Unite, dagli Stati Uniti (in particolare dall'OFAC) e da tutte le autorità competenti attive nei territori in cui il Gruppo BNP Paribas è stabilito).

1. CHI SONO I CONTITOLARI DEL TRATTAMENTO

In questo contesto Cardif Assurances Risques Divers – Rappresentanza generale per l'Italia, e BNP Paribas SA, la capogruppo del Gruppo BNP Paribas (il termine "noi" utilizzato in questo allegato comprende anche BNP Paribas SA) sono contitolari del trattamento.

2. COME CONTATTARE I RESPONSABILI DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Puoi contattare il nostro responsabile della protezione dei dati (DPO) al seguente indirizzo dpo_italia@cardif.com oppure inviando una lettera a DPO Cardif - P.za Lina Bo Bardi, 3 - 20124 Milano

3. PERCHÉ E SU QUALE BASE GIURIDICA TRATTIAMO I TUOI DATI PERSONALI?

Per adempiere agli obblighi legali previsti in materia di AML/CFT e garantire il rispetto delle Sanzioni internazionali, poniamo in essere i trattamenti elencati qui di seguito:

- attuare un programma di Know Your Customer (KYC) per identificare, verificare e aggiornare l'identità dei nostri clienti, nonché delle parti correlate al rapporto assicurativo (ie. titolare effettivo, esecutore, beneficiari, etc) aventi diritto o rappresentanti;
- attuare misure di identificazione e di due diligence rafforzata per clienti ad alto rischio, persone politicamente esposte o "PEPs" (i PEPs sono le persone definite dalla normativa quali persone che, stante le loro funzioni o posizioni (politiche, giurisdizionali o amministrative, sono più esposte a rischi), nonché delle situazioni di rischio elevato;
- attuare procedure scritte, policy e controlli per garantire che l'Entità non stabilisca o mantenga un rapporto con banche di comodo;
- attuare una politica aziendale antiriciclaggio basata su valutazioni interne dei rischi e della vulnerabilità tenendo conto del mercato di riferimento per evitare di realizzare o in alcun modo avviare, a prescindere dalla valuta, attività o business:
 - per, in nome di, o a beneficio di qualunque individuo, società o organizzazione soggetta alle Sanzioni previste dalla Francia, dall'Italia, dall'Unione Europea, dagli Stati Uniti, dalle Nazioni Unite o, in alcuni casi, ad altre sanzioni locali applicate nei territori dove il Gruppo opera;
 - che coinvolgono, direttamente o indirettamente, territori soggetti a sanzioni, inclusi la Crimea/Sebastopoli, Repubbliche Popolari di Donetsk e Luhansk, Cuba, Iran, Corea del Nord o Siria;
 - che coinvolgono istituti finanziari o territori che potrebbero essere legati a o controllati da organizzazioni terroristiche riconosciute tali dalle autorità competenti in Francia, Italia, Unione Europea, dalle Nazioni Unite, dagli Stati Uniti (in particolare dall'OFAC);
- effettuare screening dei database dei clienti e delle transazioni al fine di garantire il rispetto delle leggi applicabili in materia;
- attuare strutture e processi adeguati al fine di individuare e segnalare le attività sospette alle autorità di controllo competenti;
- attuare un programma di compliance progettato per prevenire e identificare attività di corruzione e di influenza illecita ai sensi della Legge Francese "Sapin II", della U.S FCPA, e dell'UK Bribery Act.

In questo contesto, ci basiamo su:

- servizi forniti da fornitori terzi che possiedono liste aggiornate di PEPs, quali Dow Jones Factiva (fornito da Dow Jones & Company, Inc.);
- informazioni pubblicamente disponibili sulla stampa su fatti connessi al riciclaggio di denaro, finanziamento del terrorismo o corruzione;
- conoscenza di comportamenti o situazioni di rischio (esistenza di un report su una transazione sospetta o equivalente) che possono essere identificati a livello di Gruppo BNP Paribas.

In particolare, ai fini dello svolgimento di tale attività di trattamento, i contitolari tratteranno congiuntamente le seguenti categorie di dati come meglio descritte nell'informativa di entrata in relazione a cui questa è allegata:

- identificativi e anagrafici;

- dati di contatto;
- informazioni relative alla tua situazione patrimoniale familiare;
- tappe importanti della tua vita;
- informazioni economiche, finanziarie e fiscali;
- informazioni sull'istruzione e l'occupazione;
- informazioni bancarie e finanziarie relative ai prodotti e ai servizi in tuo possesso;
- dati delle transazioni.

Al fine dell'espletamento delle attività sopra descritte, potremo trattare anche alcune tipologie ulteriori di dati (se emergono ad esempio dai movimenti di conto da te effettuati ed oggetto di analisi per individuare possibili movimenti anomali) o dati giudiziari poiché l'obiettivo è di lottare contro il riciclaggio di denaro e il finanziamento del terrorismo.

Considerato che il trattamento è posto in essere dai titolari per ottemperare ad obblighi di legge, non abbiamo bisogno di acquisire il tuo consenso. I controlli e le attività sopra descritte e i trattamenti dei tuoi dati personali ad essi connessi vengono effettuati al momento dell'inizio delle relazioni, ma anche durante le relazioni che intratteniamo con voi, esaminando anche le transazioni e operazioni che vengono poste in essere.

Attuiamo questi controlli quando avviamo un rapporto con te, nonché durante lo svolgimento di detto rapporto, effettuando controlli sia su di te che sulle parti correlate al rapporto assicurativo che sulle attività da te svolte. In caso di segnalazione di operazione sospetta queste informazioni saranno conservate al fine di identificarti e adattare i nostri controlli qualora tu iniziassi un nuovo rapporto con una società del Gruppo BNP Paribas, o nel contesto di una transazione di cui tu sei parte.

4. QUALI SONO LE MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI TUOI DATI

Il trattamento dei tuoi dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 n. 2 GDPR e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, strutturazione, conservazione, adattamento o modifica, estrazione, consultazione, uso, comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, raffronto o interconnessione, limitazione, cancellazione o distruzione dei dati.

I dati personali acquisiti sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico e, inoltre, formano oggetto di trattamento, nel pieno rispetto delle norme di legge, nonché dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, non eccedenza e tutela della tua riservatezza e dei tuoi diritti.

5. CON CHI CONDIVIDIAMO I TUOI DATI

I Titolari potranno trasmettere i tuoi dati alle società esterne che prestano attività di supporto per lo sviluppo e la gestione delle attività sopra descritte, appositamente nominate quali responsabili del trattamento ai sensi dell'articolo 28, GDPR.

Inoltre, al fine di adempiere ai nostri obblighi di legge, comunichiamo le informazioni raccolte per finalità di AML/CFT, anticorruzione o in materia di Sanzioni internazionali alle società del Gruppo BNP Paribas. Quando i tuoi dati sono comunicati verso paesi che si trovano fuori dallo Spazio Economico Europeo che non forniscono un adeguato livello di protezione, il trasferimento è regolato dalle clausole contrattuali tipo della Commissione Europea. Quando raccogliamo e comunichiamo ulteriori dati al fine di adempiere agli obblighi previsti dalle normative di paesi extra-UE, questo trattamento è necessario per perseguire il nostro legittimo interesse di consentire al Gruppo BNP Paribas e alle sue società di adempiere agli obblighi di legge ed evitare sanzioni a livello locale.

In ogni caso rispetteremo le Raccomandazioni 1-2020 dell'European Data Protection Board in caso di trasferimento verso paesi che non siano destinatari di decisioni di adeguatezza da parte della Commissione Europea.

6. PER QUANTO TEMPO CONSERVIAMO I TUOI DATI

Conserviamo i tuoi dati ai fini di questa informativa per 10 anni e sei mesi dalla data di estinzione del rapporto o dalla data in cui sei stato valutato sotto il profilo antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo.

7. COME PUOI CONTROLLARE IL TRATTAMENTO DEI TUOI DATI PERSONALI

Se intendi esercitare i tuoi diritti, puoi inviare apposita richiesta ai seguenti indirizzi:

- tramite e-mail a: data.protection.italy@cardif.com
- tramite mezzo posta a: Ufficio Privacy Cardif - P.za Lina Bo Bardi, 3 - 20124 Milano allegando una copia di un tuo documento di identità qualora richiesto.

LEGGE 193 del 07/12/2023 – Oblio oncologico

Impatti e interventi

Il 2 Gennaio 2024 è entrata in vigore la L. 193 del 07/12/2023 che tutela i diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche.

Secondo tale disposto di Legge, dal 02/01/2024 ***“il cliente non è più tenuto a dichiarare informazioni relative a patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (5 anni nel caso di tumore insorto prima dei 21 anni di età compiuti)”***.

Di conseguenza, con l'entrata in vigore della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193 non è tenuto a fornire informazioni relative allo stato di salute concernenti patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto ed il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (5 anni nel caso di patologia oncologica insorta prima dei 21 anni di età compiuti) e che, qualora avesse fornito erroneamente tali informazioni, le stesse non potranno essere utilizzate da Cardif per la determinazione delle condizioni contrattuali.

Pertanto, a fronte della norma illustrata, qualora dovesse risultare totalmente guarito da malattie oncologiche secondo i termini di legge, sarà suo diritto non fornire alcun documento medico inerente tale patologia e/o rispondere negativamente a qualsiasi richiesta di approfondimento.

Qualora dovesse (anche erroneamente) dichiarare una patologia oncologica e allegare documentazione >10 anni / > 5 anni, a seconda dei casi, la stessa non verrà presa in considerazione ai fini della valutazione medico – sanitaria dalla Compagnia.

ALCUNI ESEMPLI:

- Assicurato di 24 anni, che è stato in cura per patologie oncologiche all'età di 16 anni, e alla conclusione del trattamento attivo non si sono verificati episodi di recidiva negli ultimi 5 anni. In tal caso, essendo passati almeno 5 anni dalla conclusione del trattamento, l'Assicurato non è tenuto a fornire informazioni relative allo stato di salute concernenti tali patologie oncologiche.
- Assicurato di 40 anni, che è stato in cura per patologie oncologiche, e alla cui conclusione del trattamento attivo non si sono verificati episodi di recidiva negli ultimi 10 anni. In tal caso, essendo passati almeno 10 anni dalla conclusione del trattamento, l'Assicurato non è tenuto a fornire informazioni relative allo stato di salute concernenti tali patologie oncologiche.

Milano, 05.2024