



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

Che tipo di assicurazione è?

Polizza UNICA BNL è un'assicurazione individuale multigaranzia che copre 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, INDENNITA' e INFORTUNI.



Che cosa è assicurato?

SPESE MEDICHE

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

Prestazioni Ospedaliere In SSN

- ✓ Indennità per Ricovero con/senza Intervento chirurgico/Day Hospital con/senza Intervento chirurgico in SSN
 - ✓ Ricovero con/senza Intervento chirurgico : Indennità di 80 euro al giorno
 - ✓ Day Hospital con/senza Intervento chirurgico : Indennità di 40 euro al giorno
 - ✓ Limite massimo indennizzo: 200 giorni
- ✓ Indennità per Ricovero con Intervento chirurgico su neonati in SSN
 - ✓ Ricovero con Intervento chirurgico : Indennità di 80 euro al giorno
 - ✓ Limite massimo indennizzo: 200 giorni
- ✓ Rimborso ticket per Intervento chirurgico ambulatoriale in SSN
 - ✓ Massimale 2.000 euro
- ✓ Rimborso ticket pre e post Ricovero con/senza Intervento chirurgico /Day Hospital con/senza Intervento chirurgico /Intervento chirurgico ambulatoriale
 - ✓ Massimale 2.000 euro
 - ✓ Limite rimborso: 90 giorni prima e 90 giorni dopo

Prestazioni extraospedaliere

- ✓ Alta Specializzazione
 - ✓ Massimale 2.500 euro
- ✓ Accertamenti diagnostici
 - ✓ Massimale 500 euro
- ✓ Ticket SSN per analisi di laboratorio
 - ✓ Massimale 100 euro
- ✓ Visite specialistiche
 - ✓ Massimale 100 euro per Visita specialistica massimo 2 Visite specialistiche

CLINICA PRIVATA

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

- ✓ Ricovero con/senza Intervento chirurgico/Day Hospital con/senza Intervento chirurgico/Intervento chirurgico ambulatoriale
 - ✓ Massimale Pagamento in forma diretta: 250.000 euro
 - ✓ Massimale Pagamento in forma rimborsuale: 250.000 euro
 - ✓ Prestazioni pre-Ricovero: 90 giorni prima del Ricovero con/senza Intervento chirurgico/Day Hospital con/senza Intervento chirurgico/Intervento chirurgico ambulatoriale
 - ✓ Prestazioni post-Ricovero: 90 giorni dopo il Ricovero con/senza Intervento chirurgico/Day Hospital con/senza Intervento chirurgico/Intervento chirurgico ambulatoriale
- ✓ Prestazione Parto cesareo e Aborto spontaneo/terapeutico
 - ✓ Massimale Pagamento in forma diretta: 2.500 euro
 - ✓ Massimale Pagamento in forma rimborsuale: 2.500 euro
 - ✓ Prestazioni pre-Ricovero: 90 giorni prima del Parto cesareo e Aborto spontaneo/terapeutico
 - ✓ Prestazioni post-Ricovero: 90 giorni dopo il Parto cesareo e Aborto spontaneo/terapeutico
- ✓ Parto fisiologico
 - ✓ Massimale Pagamento in forma diretta: 1.500 euro
 - ✓ Massimale Pagamento in forma rimborsuale: 1.500 euro
 - ✓ Prestazioni pre-Ricovero: 90 giorni prima del Parto fisiologico
 - ✓ Prestazioni post-Ricovero: 90 giorni dopo il Parto fisiologico

✓ Neonato

- ✓ Massimale Pagamento in forma diretta: 20.000 euro
- ✓ Massimale Pagamento in forma rimborsuale: 20.000 euro
- ✓ Prestazioni pre-Ricovero: 90 giorni prima del Ricovero con Intervento chirurgico, Day Hospital con Intervento chirurgico/Intervento chirurgico ambulatoriale
- ✓ Prestazioni post-Ricovero: 90 giorni dopo il Ricovero con Intervento chirurgico, Day Hospital con Intervento chirurgico/Intervento chirurgico ambulatoriale

INDENNITA'

- ✓ 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 euro
 - ✓ Classe II: 3.000 euro
 - ✓ Classe III: 10.000 euro

INFORTUNI

- ✓ Invalidità Permanente da Infortunio
 - ✓ Massimale pari a 100.000 euro
- ✓ Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio
 - ✓ Indennizzo pari ad una Diaria di 50 euro a notte
 - ✓ Limite massimo: 30 giorni
- ✓ Diaria da Convalescenza a seguito di Infortunio
 - ✓ Indennizzo pari ad una Diaria di 50 euro per ogni giorno di convalescenza
- ✓ Diaria da Gessatura a seguito di Infortunio
 - ✓ Indennizzo pari ad una Diaria di 50 euro
 - ✓ Limite massimo: 30 giorni

DENTAL

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

ASSISTENZA

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

- ✓ Prevedono un mix di prestazioni con o senza un'indennità monetaria



Che cosa NON è assicurato?

Sono previste limitazioni soggettive legate alla residenza/cittadinanza del Contraente/Assicurato.

- ✗ Contraente che non ha un conto corrente di Banca Nazionale del Lavoro/Hello Bank!
- ✗ Assicurato con età superiore ai 64 anni al momento della sottoscrizione
- ✗ Numero di Assicurati per Polizza superiore a 6 (sei)
- ✗ Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V e sindromi correlate con o senza AIDS.
- ✗ Nucleo Familiare diverso da quello definito in Polizza, ovvero: Persone fisiche facenti parte del medesimo Stato di Famiglia dell'Assicurato Principale e che rispetto a quest'ultimo siano il coniuge, l'unito civilmente, il convivente di fatto o i relativi figli di ciascuno di essi.



Ci sono limiti di copertura?

Ogni garanzia può essere sottoposta a esclusioni, franchigie, limiti di indennizzo e termini di carenza

Esclusioni relative alle Garanzie SPESE MEDICHE, CLINICA PRIVATA e INDENNITA'

- ! i trattamenti e le prestazioni effettuate e/o fatturate successivamente al termine dell'efficacia delle garanzie, salvo il caso di Ricovero a condizione che abbia avuto inizio durante il periodo di efficacia. In tal caso le Prestazioni sono operanti fino alla data di dimissione dall'Istituto di cura;
- ! 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;
- ! 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 sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose, compiute o tentate;
- ! 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: 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;
- ! 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:
 - ! 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 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)

Esclusioni relative alla Garanzia INFORTUNI

- ! manipolazione di esplosivi o materiale pirotecnico; trasporto di esplosivi; 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;
- ! 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);
- ! Infortuni già verificatisi alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;
- ! atti 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: 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.

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;
- ! 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 causati da azioni dolose compiute o tentate 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.

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;
- ! gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove e allenamenti;
- ! sports 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;
- ! infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo 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.



Dove vale la copertura?

- ✓ In tutto il mondo senza limitazioni territoriali per le garanzie SPESE MEDICHE, CLINICA PRIVATA, INDENNITA', INFORTUNI e DENTAL.
- ✓ Nel territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino e in parte in tutto il mondo per la garanzia ASSISTENZA.



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. Al momento della sottoscrizione del contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, soprattutto sul tuo stato di salute. E' necessario comunicare alla Compagnia eventuali trasferimenti di residenza fuori dall'Italia e l'eventuale acquisizione di cittadinanza di uno Stato sottoposto a sanzioni finanziarie/embarghi. 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, 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 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. Il pagamento effettuato secondo tale modalità costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza del pagamento del Premio dovuto. Il Contraente può optare per un pagamento in un'unica soluzione o con cadenza mensile.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione decorre dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Modulo di Polizza, fatto salvo l'eventuale termine di carenza e se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti, se successivo, ha effetto 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 verranno addebitati i Premi relativi al periodo di sospensione, ferme le successive scadenze.

La copertura assicurativa 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 cittadinanza del Contraente/Assicurato;
- dichiarazioni inesatte o reticenti, relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia;
- esercizio del diritto di recesso da parte del Contraente o della Compagnia;
- aggravamenti del rischio non noti o non accettati da Cardif;
- 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 presente Polizza ha durata annuale. In mancanza di disdetta, da comunicarsi tra le Parti almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, l'Assicurazione si rinnova per un ulteriore anno e così di seguito. Per esercitare tale diritto, il Contraente dovrà inviare alla Compagnia disdetta attraverso raccomandata A/R, fax e email.

Assicurazione Salute



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

Cardif Assurances Risques Divers

Prodotto: UNICA BNL

Edizione Marzo 2020 (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.

BNP Paribas Cardif, iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero I.00011 - Piazza Lina Bo Bardi, n. 3; CAP 20124 Milano; tel. 02.77.22.41; sito internet: www.bnpparibascardif.it - e-mail: servizioclienti@cardif.com; PEC: cardifrd@pec.cardif.it.

Cardif Assurance 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?

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 extraospedaliere, Intervento chirurgico ambulatoriale, spese prima e dopo Prestazioni ospedaliere oppure il pagamento di una Indennità giornaliera. L'Assicurato può optare per il Pagamento in forma diretta o per il Pagamento in forma rimborsuale per le Prestazioni extraospedaliere. Per gli Interventi chirurgici ambulatoriali viene rimborsato il Ticket sanitario.

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 in forma diretta o per il Pagamento in forma rimborsuale.

INDENNITA'

La garanzia consente all'Assicurato di ricevere una Indennità qualora sia stato sottoposto ad un Intervento chirurgico incluso tra quelli tabellarizzati.

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 per l'ipotesi di Ricovero, Convalescenza o Gessatura.

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 anch'esse previste dalle Condizioni di Assicurazione. L'Assicurato può optare per il Pagamento in forma diretta o per il Pagamento in forma rimborsuale.

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. 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.

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 Aggiuntivi

Al Premio imponibile relativo a ciascun Assicurato Aggiuntivo inserito in copertura verrà applicato uno sconto pari al 50%;

	<ul style="list-style-type: none"> • Sconto numero Garanzie <p>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 alla Persona non rileva al fine del calcolo del numero delle garanzie attivate.</p>
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Premio Aggiuntivo	Non sono previste opzioni di Premio Aggiuntivo.

 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	<ul style="list-style-type: none"> • Il Contraente, qualora persona fisica, che non ha la propria residenza in Italia; il Contraente, qualora persona giuridica, che non ha sede legale in Italia; • Il Contraente persona fisica, oppure il suo Titolare effettivo qualora sia una persona giuridica, o gli Assicurati che siano cittadini di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America; • L'Assicurato che non ha il proprio domicilio 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 di 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 in Siria, Sudan, Cuba, Iran, Nord Corea e Regione Crimea/Sebastopoli oppure con persone giuridiche aventi sede negli stessi Stati o loro società/entità controllate o partecipate. • Relativamente alle garanzie SPESE MEDICHE, CLINICA PRIVATA e INDENNITA' l'Assicurazione non opera per le Prestazioni rese necessarie da Infortunio e/o Malattia manifestata prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione. Pertanto sono escluse dall'Assicurazione: <ul style="list-style-type: none"> ◦ le complicanze, conseguenze (dirette e indirette) di Malattie manifestate anteriormente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione; ◦ conseguenze (dirette e indirette), postumi e complicanze di Infortuni occorsi precedentemente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.

 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 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 extraospedaliere	
Prestazione	Scoperto / Franchigia
Alta Specializzazione	Pagamento in forma diretta: Scoperto 20% minimo 25 Euro Pagamento in forma rimborsuale: Scoperto 20% minimo 50 Euro Ticket SSN: nessuno
Accertamenti diagnostici (esclusi accertamenti di Alta Specializzazione e le analisi di laboratorio)	Pagamento in forma diretta: Scoperto 20% minimo 25 Euro Pagamento in forma rimborsuale: Scoperto 20% minimo 50 Euro Ticket SSN: nessuno
Ticket SSN per analisi di laboratorio	Nessuno
Visite specialistiche	Pagamento in forma diretta o rimborsuale: Scoperto 20% Ticket SSN: nessuno
CLINICA PRIVATA	
Ricovero, Day Hospital con o senza Intervento chirurgico e Intervento chirurgico ambulatoriale	
Prestazione	Scoperto / Franchigia
Ricovero con/senza Intervento	Ricovero con/senza Intervento chirurgico Pagamento in forma diretta: nessuno Pagamento in forma

Prestazione	Scoperto / Franchigia
chirurgico	rimborsuale: Scoperto 20% minimo 1.000 euro
Day Hospital con Intervento chirurgico	Ricovero con/senza Intervento chirurgico Pagamento in forma diretta: Franchigia € 200 Pagamento in forma rimborsuale: Scoperto 20% minimo 1.000 euro
Day Hospital senza Intervento chirurgico	Day Hospital con/senza Intervento chirurgico Pagamento in forma diretta: Franchigia 200 euro Pagamento in forma rimborsuale: Scoperto 20% minimo 1.000 euro
Intervento chirurgico ambulatoriale	Day Hospital con/senza Intervento chirurgico Pagamento in forma diretta: Franchigia 200 euro Pagamento in forma rimborsuale: Scoperto 20% minimo 1.000 euro
Parto cesareo e Aborto spontaneo o Aborto terapeutico	Nessuno
Parto fisiologico	Nessuno
Neonato	Nessuno

INDENNITA'

Nessuno.

INFORTUNI

La garanzia Invalidità Permanente prevede la seguente franchigia:

IP accertata	da 1% a 5%	6%	7%	8%	9%	10%	11%	12%	13%	14%	15%	16%	17%	18%	19%	da 20% a 24%
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%

DENTAL

Nessuno.

ASSISTENZA

Nessuno.



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:

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 Monte Cuccoli, 20/2
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 Monte Cuccoli, 20/2
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


	<ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Relativamente alle garanzie SPESE MEDICHE (solo in caso di extraospedaliere), CLINICA PRIVATA e DENTAL, l'Assicurato ha la possibilità di richiedere il Pagamento in forma diretta oppure il Pagamento in forma rimborsuale.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: Per accedere alle Prestazioni con Pagamento in forma diretta, 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:</p> <p><u>1. in caso di extraospedaliere un certificato medico che specifichi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.) in caso di Prestazioni extraospedaliere <p><u>2. in caso di prestazione ospedaliera un certificato medico che specifichi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 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): <ol style="list-style-type: none"> 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; <p><u>3. referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio, in caso di Prestazione resa necessaria da Infortunio.</u></p> <p>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.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese: I Sinistri relativi alla garanzia ASSISTENZA sono gestiti dalla Struttura Organizzativa di Assistenza, ossia la struttura di IMA Servizi S.c.a.r.l., appartenente al gruppo IMA Italia Assistance S.p.A., con Sede legale e operativa in Piazza Indro Montanelli 20 – 20099 Sesto San Giovanni (MI) costituita da medici, tecnici e operatori specializzati, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.</p>
	<p>Prescrizione: I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il Sinistro.</p>
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 eventuali integrazioni.


 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il Premio è indicato nel Modulo di Polizza e comprende l'imposta di Assicurazione.
Rimborso	Il rimborso del premio avviene al netto delle imposte nei seguenti casi: <ul style="list-style-type: none"> • perdita dei requisiti di assicurabilità; • esercizio del diritto di recesso; • decesso 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 INDENNITA' la copertura assicurativa sarà operante ed effettiva: <ol style="list-style-type: none"> a) per gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;

	<p>b) per le Malattie della garanzia SPESE MEDICHE e CLINICA PRIVATA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Prestazioni ospedaliere" dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione; • "Prestazioni extraospedaliere" dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione <p>c) per il parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;</p> <p>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;</p> <p>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.</p> <p>f) relativamente alla garanzia INDENNITA' la copertura assicurativa sarà operante ed effettiva dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.</p> <p>Relativamente alla garanzia DENTAL la copertura assicurativa sarà operante ed effettiva:</p> <p>a) per le Prestazioni di Emergenza odontoiatrica dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;</p> <p>b) per le Prestazioni di Prevenzione odontoiatrica: dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.</p> <p>Relativamente alla garanzia ASSISTENZA la copertura assicurativa sarà operante dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione.</p> <p>Trascorsi i suddetti Termini di carenza, se l'Assicurato richiederà Prestazioni causate da Malattie manifestate, secondo giudizio medico, per la prima volta durante tali Termini di carenza, le stesse saranno considerate rimborsabili.</p>
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	<p>Il Contraente può recedere dall'Assicurazione entro 30 (trenta) giorni dalla Data di Decorrenza.</p> <p>Il recesso determina la cessazione delle coperture Assicurative dalla Data di Decorrenza, precludendo pertanto all'origine il decorso e l'efficacia delle coperture offerte, con la conseguenza che Cardif non sarà tenuta a corrispondere alcun Indennizzo per i fatti occorsi fino al momento del recesso.</p> <p>Cardif rimborserà il Premio eventualmente pagato e non goduto al netto delle spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione del contratto.</p> <p>La denuncia di Sinistro, in pendenza del termine di recesso, implica la rinuncia al diritto medesimo.</p>
Risoluzione	Cardif può 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!	

 Quali costi devo sostenere?	
costi di intermediazione	
<ul style="list-style-type: none"> • 30% del premio netto versato per l'Assicurato Principale (il più anziano) • 25% del premio netto versato per gli Assicurati Aggiuntivi 	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>E' possibile presentare reclamo a Cardif per iscritto, mediante posta, a mezzo telefax o e-mail all'Ufficio Reclami della Compagnia, al seguente recapito:</p> <p style="text-align: center;">Cardif – Ufficio Reclami Piazza Lina Bo Bardi, 3 - 20124 Milano e-mail: reclami@cardif.com fax 02 7722 4265</p> <p>E' possibile inoltrare reclamo anche utilizzando il web-form presente sul sito internet della Compagnia</p>

	<p>www.bnpparibascardif.it</p> <p>La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.</p>
All'IVASS	<p>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:</p> <p style="text-align: center;">IVASS - Servizio tutela del consumatore Via del Quirinale 21 - 00187 Roma ivass@pec.ivass.it fax 06 4213 3206</p> <p>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.</p> <p>L' Autorità di vigilanza del paese di origine di Cardif Assurances Risques Divers è ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito http://acpr.banque-france.fr/en/protection-delaclientele/comment-contacter-lacp.html.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • l'autorità di vigilanza o al sistema competente dello stato membro in cui ha sede legale la compagnia che ha stipulato il contratto (reperibile su: www.ec.europa.eu/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.

POLIZZA UNICA BNL

PROTEZIONE SALUTE

Mod. SNFBNL0320

Edizione 03/2020

*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"*



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

Indice

La Polizza in sintesi	1 di 63
Condizioni di Assicurazione	2 di 63
Glossario	2 di 63
Norme che regolano l'assicurazione	5 di 63
Art.1 Cosa e chi copre l'Assicurazione	5 di 63
Art.2 Chi si può assicurare	5 di 63
Art.3 A quali condizioni operano le Garanzie Assicurative	6 di 63
Art.4 Come stipulare l'Assicurazione	7 di 63
Art.5 Quali sono le prestazioni	7 di 63
Art.6 Quali eventi sono esclusi dalle Garanzie Assicurative	21 di 63
Art.7 Quanto durano le Garanzie Assicurative	24 di 63
Art.8 Chi è il beneficiario delle Garanzie Assicurative	26 di 63
Art.9 Ci sono limiti a.le prestazioni della Compagnia	26 di 63
Art.10 Quali sono i Massimali	26 di 63
Art.11 Come si calcola e come si paga il Premio	32 di 63
Art.12 Cosa succede in caso di modifica del Premio e delle Condizioni di Assicurazione	32 di 63
Art.13 Dove valgono le Garanzie Assicurative	32 di 63
Art.14 Si può recedere dall'Assicurazione	33 di 63
Art.15 In quali casi il Premio può essere restituito alla Compagnia	33 di 63
Art.16 Quali obblighi ulteriori ha l'Assicurato	34 di 63
Art.17 Cosa succede in caso di dichiarazioni inesatte o incomplete	34 di 63
Art.18 Come comunicare con la Compagnia	34 di 63
Art.19 Cosa fare in caso di altre Garanzie Assicurative per il medesimo rischio	35 di 63
Art.20 E' possibile cedere o trasferire a terzi le Garanzie Assicurative o altri diritti di polizza	35 di 63
Art.21 Oneri	35 di 63
Art.22 Quale legge si applica	35 di 63
Art.23 Qual è il foro competente in caso di controversia	35 di 63
Gestione del Sinistro	36 di 63
Art.24 Come si denuncia un Sinistro	36 di 63
Art.25 Quando sarà pagato l'Indennizzo	39 di 63
Reclami	40 di 63
Art.26 A chi inviare un eventuale reclamo	40 di 63
Protezione dei dati personali	41 di 63
Art.27 Protezione dei dati personali	41 di 63
Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento dell'Assicurazione	44 di 63
Tabella di Variazione del Premio relativo alle Garanzie Assicurative "Spese Mediche" e "Clinica privata" e situazioni esemplificative	45 di 63
Allegato 1 - Classificazione degli interventi chirurgici in classi	47 di 63
Allegato 2 - Tabella delle Invalidità Permanenti (INAIL)	61 di 63
Allegato 3 - Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva (INAIL Industria)	63 di 63
Fac-simile del Modulo di Polizza	1 di 4



La Polizza in sintesi

Il prodotto "UNICA BNL" offre una protezione a tutela della salute di tutta la famiglia in caso d'Infortunio e Malattia. Nei limiti delle Condizioni di Assicurazione, consente all'Assicurato di ricevere il rimborso di quanto speso per 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.

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:

- 1) Spese Mediche:** a scelta dell'Assicurato, la Compagnia paga direttamente, o rimborsa, le spese sostenute per 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 per la presente 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:** la Compagnia paga direttamente, o rimborsa, le spese sostenute per Prestazioni Sanitarie di tipo dentistico-odontoiatrico, siano esse di emergenza o di prevenzione.
- 6) Assistenza:** la Compagnia presta un aiuto immediato all'Assicurato in caso situazioni di particolare difficoltà, anche in viaggio o in caso di Ricovero.

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).


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.

Che cos'è

Chi e cosa copre

 Da tenere a mente



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

Condizioni di Assicurazione

Glossario

Abitazione

Luogo, nel territorio italiano, presso il quale l'Assicurato dimora o presso cui, comunicandone il relativo indirizzo alla Struttura Organizzativa, può richiedere le Prestazioni di Assistenza.

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

Assicurato Principale e Assicurati Aggiuntivi che sono protetti dall'Assicurazione.

Assicurato Principale

Assicurato persona fisica più anziana d'età rispetto agli altri Assicurati inclusi in copertura.

Assicurato Aggiuntivo

Assicurato persona fisica inclusa nello stesso Nucleo Familiare dell'Assicurato Principale ma di età più giovane.

Assicurazione

Contratto sottoscritto dal Contraente con il quale la Compagnia presta le Garanzie Assicurative.

Assistenza

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

Attività professionali

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

Attività extraprofessionali

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

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.

Compagnia

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.

Data di Decorrenza

Data indicata sul Modulo di Polizza dalla quale le coperture sono efficaci.

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.

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 si 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.

Indennizzo

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

Infortunio

Incidente dovuto ad una causa accidentale violenta e non dipendente dall'Assicurato, oppure da colpa/negligenza grave dell'Assicurato che provoca danni fisici verificabili.

Invalità permanente

Perdita o la diminuzione, definitiva e irrimediabile, da parte dell'Assicurato, di fare qualsiasi lavoro, indipendentemente da quello effettivamente svolto.

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.

Lungodegenza

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

Malattia

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

Massimale

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

Modulo di Polizza

Documento firmato dal Contraente per stipulare l'Assicurazione.

Network Convenzionato

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

Nucleo familiare

Persone (i) elencate nello stato di famiglia dell'Assicurato Principale, più precisamente: (ii) marito/moglie, persona unita civilmente o convivente di fatto dell'Assicurato Principale o i figli di ciascuno di essi.

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.

Premio

Somma che si 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.

Questionario Sanitario

documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato rilevante per le Garanzie Assicurative "Spese Mediche", "Clinica Privata e Indennità.

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.

Sinistro

Evento dannoso o stato di necessità coperti dall'Assicurazione.

SSN

Servizio Sanitario Nazionale.

Servizio Clienti

Struttura a cui l'Assicurato può rivolgersi per l'apertura [e la gestione] di un Sinistro.

Sforzo

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

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, 20/2 - 20163 Milano, relativamente alle garanzie delle Sezioni I – Spese Mediche, II – Clinica Privata, III – Indennità, IV – Infortuni e V – Dental

Struttura di Assistenza

struttura di IMA Servizi S.c.a.r.l., appartenente al gruppo IMA Italia Assistance S.p.A., con sede legale e operativa in Piazza Indro Montanelli

20, 20099 Sesto San Giovanni (MI), costituita da medici, tecnici e operatori specializzati, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che gestisce i Sinistri e dà Assistenza in caso di attivazione della Garanzia Assicurativa "Assistenza".

Titolare effettivo

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



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;
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.

Ricorda inoltre che, le Garanzie Assicurative:

- "Spese Mediche", "Clinica Privata" e "Indennità" possono essere attivate solo se l'Assicurato:
(i) risponde negativamente a tutte le domande del Questionario Sanitario; e presenta una differenza tra altezza e peso pari o compresa tra 80 e 120 (tranne per i bambini con meno di 6 anni); e
- possono essere attivate solo se tutti gli Assicurati possiedono i requisiti indicati ai successivi Art. 2 e Art. 3;
- possono essere modificate in qualsiasi momento dopo la Data di Decorrenza, se il Contraente è in regola con il pagamento dei Premi e possiedono i requisiti indicati ai successivi Art. 2 e Art. 3;. Compilando l'apposito modulo di variazione in una delle filiali della Banca, si può:
(i) attivare una o più Garanzie Assicurative non ancora operanti, 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) disattivare una o più Garanzie Assicurative già operanti, con effetto dalla prima scadenza annuale successiva dell'Assicurazione;
- una volta attivate o modificate, valgono per tutti gli Assicurati coperti dall'Assicurazione massimo 6 (sei) Assicurati in totale.

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:

- 1 (un) Assicurato Principale **in possesso dei requisiti indicati all'Art. 3;** e
- **fino a un massimo di 5 (cinque) Assicurati Aggiuntivi, purché appartenenti allo stesso Nucleo Familiare dell'Assicurato Principale e in possesso dei requisiti indicati all'Art. 3.**

Il Contraente può anche non essere tra i soggetti Assicurati.

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 Aggiuntivi, **sempre per un massimo di 6 (sei) Assicurati in totale**, compilando l'apposito modulo di variazione presso la Banca.

La modifica degli Assicurati Aggiuntivi ha effetto:

- dalle ore 24:00 della data del modulo di variazione, fatto salvo il periodo di Carenza indicato al successivo Art. 7.1, se si aggiungono uno o più Assicurati Aggiuntivi dello stesso Nucleo Familiare dell'Assicurato Principale che soddisfano i requisiti indicati all'Art. 3; e
- dalla prima scadenza annuale dell'Assicurazione, se diminuisce il numero degli Assicurati o escono dal Nucleo Familiare.

In caso di modifica dovuta a:

- morte di un Assicurato (Principale o Aggiuntivo), le Garanzie Assicurative continuano a operare fino alla prima scadenza annuale successiva dell'Assicurazione, dopodiché:
(i) se muore l'Assicurato Principale, l'Assicurazione si rinnova comunque, il Premio viene ricalcolato sulla base del nuovo numero di Assicurati, e il più anziano degli Assicurati Aggiuntivi viene considerato come nuovo Assicurato Principale. **In ogni caso, il nuovo Assicurato Principale e gli Assicurati Aggiuntivi devono appartenere allo stesso Nucleo Familiare;**
(ii) se muore l'Assicurato Aggiuntivo, l'Assicurazione si rinnova comunque e il Premio viene ricalcolato sulla base del nuovo numero di Assicurati;
- uscita di un Assicurato (Principale o Aggiuntivo) dal Nucleo Familiare, le Garanzie Assicurative



riferite a questo Assicurato continuato a operare fino alla prima scadenza annuale successiva dell'Assicurazione, dopodiché:

- (i) l'Assicurazione si rinnova comunque e il Premio viene ricalcolato sulla base del nuovo numero di Assicurati;
- (ii) il più anziano degli Assicurati Aggiuntivi viene considerando come nuovo Assicurato Principale.

Ogni modifica degli Assicurati per decesso o uscita dal Nucleo Familiare deve essere comunicata alla Compagnia tempestivamente e, in ogni caso, entro [30 giorni lavorativi], con le modalità previste all'Art. 18.

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 residenza (persona fisica) o sede legale (persona giuridica) in Italia;
- il Contraente (persona fisica), il Titolare Effettivo (in caso di Contraente persona giuridica) [o/e] gli Assicurati non sono cittadini di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America;
- l'Assicurato è residente in Italia e non ha ancora compiuto 65 anni;
- il Contraente (persona fisica), il Titolare Effettivo (se presente) [o/e] 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;

Ricorda che non possono in ogni caso essere assicurate le persone che:

- hanno risposto positivamente anche ad una sola delle domande del Questionario Sanitario;
- a prescindere delle risposte al Questionario Sanitario o dalla specifica valutazione dello stato di salute, sono 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:
 - (i) l'Assicurazione si rinnova comunque e il Premio

viene ricalcolato sulla base del nuovo numero di Assicurati;

- (ii) se la malattia sopraggiunta riguarda l'Assicurato Principale, verrà considerato come nuovo Assicurato Principale il più anziano degli Assicurati Aggiuntivi.

I requisiti indicati sopra valgono anche in caso di sopravvenienza di predette situazioni dopo la stipulazione dell'Assicurazione.

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 residenza (se persona fisica) o sede legale (se persona giuridica) in Italia;
- gli Stati di cui il Contraente, il Titolare Effettivo (se presente) o l'Assicurato erano cittadini al momento della stipulazione continuano a non essere sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America oppure gli Stati di cui il Contraente, il Titolare Effettivo (se presente) o l'Assicurato acquisiscono la cittadinanza dopo la stipulazione non sono sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America;
- l'Assicurato mantiene la residenza in Italia e non ha ancora compiuto 75 anni;
- gli Stati in cui il Titolare Effettivo (se presente) era residente al momento della stipulazione continuano a non essere sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America oppure gli Stati in cui il Titolare Effettivo trasferisce la residenza dopo la stipulazione non sono sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America.

Quindi, Contraente, Assicurati e Titolare Effettivo (se presente) devono comunicare tempestivamente e, in ogni caso, entro 30 giorni con i modi previsti all'Art. 18, 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 sapeva della perdita del requisito.

Tranne l'eccezione indicata sotto, le Garanzie Assicurative cessano dal momento della perdita del requisito e la Compagnia restituisce al Contraente una parte di Premio, come indicato al successivo Art. 15.

Tuttavia, 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:

- se si tratta dell'Assicurato Principale, l'Assicurazione si rinnova normalmente e il Premio viene ricalcolato sulla base del nuovo numero di Assicurati, considerando come nuovo Assicurato Principale il più anziano tra gli Assicurati Aggiuntivi rimasti e appartenenti allo stesso Nucleo Familiare e;
- se si tratta di un Assicurato Aggiuntivo, l'Assicurazione si rinnova normalmente ma il Premio viene ricalcolato sulla base del nuovo numero di Assicurati.

Ricorda quindi che le Garanzie Assicurative non operano per i Sinistri successi dopo:

- la morte del Contraente;
- il trasferimento della residenza o sede legale del Contraente fuori dall'Italia;
- la data di acquisizione, da parte del Contraente, del Titolare Effettivo (ove presente) o dell'Assicurato, della cittadinanza di 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 cittadinanza originaria del Contraente, del Titolare Effettivo (ove presente) o dell'Assicurato;
- la data del trasferimento fuori dell'Italia della residenza 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).

Art. 4. Come stipulare l'Assicurazione?

Il Contraente deve firmare l'apposito Modulo di Polizza presso una delle filiali della Banca. Inoltre, ciascun Assicurato deve compilare e sottoscrivere il Questionario Sanitario ove previsto.

Se l'Assicurato è minorenne, il Questionario Sanitario

deve essere firmato da chi ne ha la rappresentanza legale.

L'Assicurazione si perfeziona con la firma del Modulo di Polizza.

Art. 5. Quali sono le prestazioni?

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

5.1 Garanzia Assicurativa "Spese Mediche"

Entro le limitazioni e il Massimale indicati all'Art.

10.1, 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 extraospedaliero in SSN o privato - dopo la 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 manifestatasi (indipendentemente che sia insorta durante il periodo di Carenza o successivamente tale periodo); o
- parto.



Prestazione Sanitaria	Prestazione assicurativa della Compagnia
<p>A) Prestazioni Sanitarie ospedaliere in SSN</p>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Euro 80 per ogni giorno di Ricovero (escluso quello di dimissione); e • Euro 40 per ogni giorno di Day Hospital, per un massimo, di 200 giorni.
	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Euro 80 per ogni giorno di Ricovero del neonato (escluso quello di dimissione); e • [Euro 80 per ogni giorno di Ricovero del genitore Assicurato se ricoverato insieme al neonato] per un massimo di 200 giorni per Anno Assicurativo. <p>Questa Garanzia Assicurativa opera se almeno uno dei due genitori è Assicurato.</p>
	<p>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 indicato all'Art. 10.1.</p>
	<p>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 indicato all'Art. 10.1, per le spese relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • accertamenti diagnostici e visite specialistiche, fatti nei 90 giorni prima del Ricovero con/senza intervento chirurgico, del Day Hospital con/senza intervento chirurgico o dell'intervento chirurgico ambulatoriale; • accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, cure termali (escluse le spese alberghiere), trattamenti fisioterapici e rieducativi fatti 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. <p>Sono escluse le visite di medicina generale e le visite pediatriche di controllo periodico.</p>

Prestazione Sanitaria	Prestazione assicurativa della Compagnia
B) Prestazioni Sanitarie extra-ospedaliere	<p>B.1) Alta Specializzazione La Compagnia copre – con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale - Le spese per queste Prestazioni Sanitarie, entro le limitazioni e il Massimale indicati all'Art. 10.1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostica di Alta Specializzazione: amniocentesi (oltre il 35° anno di età o in caso di rischio genetico comprovato del feto), angiografia digitale, artrografi, broncografi, cistografi, colangiografi, colangiografia percutanea, colecistografi, coronarografi, dacriocistografi, fistolografi, flebografi, fluorangiografi, galattografi, isterosalpingografi, linfografi, mielografi, retinografi, risonanza magnetica nucleare (rmn) con o senza mezzo di contrasto, scialografi, scintigrafie, splenoportografi, tomografia assiale computerizzata (tac) con o senza mezzo di contrasto, tomografia ad emissione di positroni (pet), urografi, vescicolodeferentografia; • Terapie attinenti patologie oncologiche: chemioterapia, cobaltoterapia, radioterapia; • Terapie: dialisi, laserterapia fotodinamica a scopo terapeutico; • Endoscopie senza biopsia: broncoscopia, colonscopia, duodenoscopia, esofagoscopia, gastroscopia, rettoscopia.
	<p>B.2) Accertamenti diagnostici La Compagnia copre – con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale - Le spese per questi accertamenti diagnostici, entro le limitazioni e il Massimale indicati all'Art. 10.1: Questa Garanzia Assicurativa non copre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.).
	<p>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 indicato all'Art. 10.1.</p>
	<p>B.4) Visite specialistiche La Compagnia copre – con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale - Le spese per visite specialistiche, entro le limitazioni e il Massimale indicati all'Art. 10.1. Questa Garanzia Assicurativa non copre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • visite di medicina generale, pediatriche di controllo periodico e odontoiatrici 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.).

5.2 Garanzia Assicurativa "Clinica Privata"

Entro le limitazioni e il Massimale indicati all'Art.

10.2, 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, dopo la 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 manifestatasi (indipendentemente da quando è sorta); o
- parto.



Prestazione Sanitaria	Prestazione assicurativa della Compagnia
<p>A) Ricovero con/senza intervento chirurgico, Day Hospital (con/ senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale) fatti privatamente</p>	<p>A.1) Ricovero con/senza intervento chirurgico La Compagnia copre – con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale ed entro le limitazioni e il Massimale indicati all'Art. 10.2 - le spese per queste Prestazioni Sanitarie:</p> <p>(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);</p> <p>(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;</p> <p>(iii) la retta di degenza, con esclusione delle spese non direttamente correlate ai bisogni essenziali del degente;</p> <p>(iv) gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche fatti nei 90 giorni prima del Ricovero;</p> <p>(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, fatti nei 90 giorni dopo il Ricovero, purché resi necessari dall'Evento che ha determinato il Ricovero stesso.</p> <p>In caso di trapianto, la Compagnia rimborsa le spese indicate ai punti (i), (ii) e (iii):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
	<p>A.2) Day Hospital con intervento chirurgico La Compagnia copre – con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale ed entro le limitazioni e i Massimali indicati all'Art. 10.2 - le spese per queste Prestazioni Sanitarie:</p> <p>(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);</p> <p>(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;</p> <p>(iii) la retta di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie;</p> <p>(iv) gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche fatti nei 90 giorni prima del Day Hospital;</p> <p>(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, fatti nei 90 giorni dopo la fine del Day Hospital, purché resi necessari dall'Evento che ha determinato il Day Hospital stesso.</p>
	<p>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. 10.2 - le spese per queste Prestazioni Sanitarie:</p> <p>(i) durante il periodo del Day Hospital, l'assistenza medica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali;</p> <p>(ii) la retta di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie;</p> <p>(iii) gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche fatti nei 90 giorni prima del Day Hospital;</p> <p>(iv) gli accertamenti diagnostici, i medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche fatti nei 90 giorni dopo la fine del Day Hospital, purché resi necessari dall'Evento che ha determinato il Day Hospital stesso.</p>



<p>A.4) Intervento chirurgico ambulatoriale La Compagnia copre – con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale ed entro le limitazioni e i Massimali indicati all'Art. 10.2 - le spese per queste Prestazioni Sanitarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> (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 fatti nei 90 giorni precedenti l'intervento chirurgico ambulatoriale; (iv) gli accertamenti diagnostici, i medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure termali (escluse le spese alberghiere), i trattamenti fisioterapici e rieducativi, fatti nei 90 giorni dopo l'intervento chirurgico, purché resi necessari dall'Evento che ha determinato l'intervento chirurgico ambulatoriale stesso.
<p>A.5) Parto cesareo e Aborto (Spontaneo o Terapeutico) La Compagnia copre – con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale ed entro le limitazioni e i Massimali indicati all'Art. 10.2 - le spese per queste Prestazioni Sanitarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) gli onorari dell'equipe (risultante dal referto operatorio), i diritti di sala di parto, il materiale di intervento; (ii) l'assistenza medica, ostetrica e infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici e i medicinali durante il periodo di Ricovero; (iii) la retta di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie; (iv) 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; (v) gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche fatti nei 90 giorni prima del Ricovero; (vi) gli accertamenti diagnostici, i medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche fatti nei 90 giorni dopo la fine del Ricovero, purché ad esso conseguenti. <p>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.</p>
<p>A.6) Parto fisiologico La Compagnia copre – con Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale ed entro le limitazioni e i Massimali indicati all'Art. 10.2 - le spese per queste Prestazioni Sanitarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> (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 fatti nei 90 giorni prima del Ricovero; (vi) accertamenti diagnostici, medicinali fatti nei 90 giorni dopo la fine del Ricovero e ad esso conseguenti.



	<p>A.7) "Interventi con massimale prestabilito in forma di Pagamento Rimborsuale"</p> <p>La Compagnia copre – con Pagamento Rimborsuale ed entro le limitazioni e i Massimali indicati all'Art. 10.2 – i costi sostenuti dall'Assicurato per questi tipi di intervento chirurgico, se fatti a pagamento in Istituto di Cura privato o pubblico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>I massimali indicati all'art. 10.2 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.</p> <p>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. 10.2 – Tabella 2, anche eventuali interventi chirurgici concomitanti riferiti allo stesso settore specialistico ed effettuati nella stessa sessione operatoria. Se gli interventi concomitanti sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>B) Neonato</p>	<p>La Compagnia paga per le Prestazioni Sanitarie incluse nella precedente sezione A) "Ricovero con intervento chirurgico, Day Hospital con intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale effettuati privatamente", se nel primo anno di vita il neonato di uno degli Assicurati subisce un intervento chirurgico per correggere malformazioni e difetti fisici, applicando per ogni Prestazione Sanitaria il diverso Massimale indicato all'Art. 10.2.</p>

5.3 Garanzia Assicurativa "Indennità"

Entro le limitazioni e il Massimale indicati all'Art.

10.3, la Garanzia Assicurativa offre un Indennizzo all'Assicurato che subisce, dopo la 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 manifestatasi (indipendentemente da quando è sorta); o
- Parto cesareo.



Prestazione Sanitaria	Prestazione assicurativa della Compagnia
Intervento chirurgico incluso nell'Allegato 2 "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: <ul style="list-style-type: none"> • Classe I: Euro 1.000; • Classe II: Euro 3.000; • Classe III: Euro 10.000.
Intervento chirurgico non specificamente incluso nell'Allegato 2	L'intervento verrà attribuito alla classe, malattia o procedura chirurgica più pertinente tra quelli elencati nell'Allegato 2.
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 due 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, tra cui gli interventi chirurgici meno complessi che, di conseguenza, non sono inclusi nell'Allegato 2.

5.4 Garanzia Assicurativa "Infortuni"

Entro le limitazioni e il Massimale indicati all'Art.

10.4, 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, dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa (salvi i casi di Carenza indicati di seguito).

Per questa Garanzia Assicurativa sono considerati Infortuni:

- l'asfissia, non dipendente da Malattia, per fuga di gas o di vapori;
- l'avvelenamento acuto o le lesioni da ingestione o assorbimento di sostanze, dovuti a causa accidentale;
- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento;
- i colpi di sole, di freddo o di calore, la folgorazione;
- 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**;
- le lesioni muscolari dovute a Sforzo, esclusi gli **e le lesioni sottocutanee di tendini (lacerazioni totali o parziali di un tendine, senza soluzione di continuità del tessuto cutaneo e sottocutaneo) operano con un termine di Carenza di 120 giorni**;
- 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;
- 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;
 - 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:

- derivanti da colpa grave dell'Assicurato;
- 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;
- derivanti da atti di temerarietà/audacia dell'Assicurato fatti per solidarietà umana;
- 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;
- derivanti da terremoti, inondazioni, alluvioni o eruzioni vulcaniche, maremoto e altre calamità



naturali, **entro il Massimale indicato all'Art. 10.4;**

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, n. 12;**

p) sofferti dall'Assicurato in stato di malore o incoscienza, **limitatamente alle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio.**

Garanzia Assicurativa	Prestazione assicurativa della Compagnia																																								
Infortunio	<p>A) Invalidità Permanente da Infortunio coperto dall'Assicurazione</p> <p>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 Euro 100.000, calcolata sulla base di queste tabelle, in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato.</p> <table border="1"> <tr> <td>IP accertata</td> <td>da 1% a 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>15%</td> <td>16%</td> <td>17%</td> <td>18%</td> <td>19%</td> <td colspan="4">da 20% a 40%</td> </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 colspan="4">Pari alla % di IP accertata</td> </tr> </table>	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	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%	63%	47%	48%	49%	50%	51%	52%	53%	54%	55%	56%	57%	58%	59%	da 63% a 100%																				
Indennizzo	43%	63%	49%	52%	55%	58%	61%	64%	67%	70%	73%	76%	79%	82%	85%	88%	91%	94%	97%	100%																					
	<p>Ad esempio: In caso di Invalidità Permanente accertata al 50% viene riconosciuto all'Assicurato un Indennizzo pari al 70% dell'importo di € 100.000. L'Assicurato riceverà un indennizzo di € 70.000</p> <p>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)".</p> <p>Alle voci e percentuali contenute in tali tabelle, si applicano questi criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 determinata 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 stabilita 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, 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 Euro 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.**

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.

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.



5.5 Garanzia Assicurativa "Dental"

Entro le limitazioni e il Massimale indicati all'Art. 10.5,

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/o prevenzione odontoiatrica dopo la 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.

La Garanzia Assicurativa opera solo se le Prestazioni Sanitarie sono:

- incluse nelle tabelle "Prestazioni Sanitarie odontoiatri che di Emergenza" e "Prestazioni Sanitarie odontoiatri che di prevenzione" riportate al successivo Art. 10.5;
- 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	<p>Se l'Assicurato sceglie di ricevere le Prestazioni Sanitarie di emergenza e/o prevenzione odontoiatrica in strutture:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 gli importi e i Massimali indicati nel successivo Art. 10.5. <p>La Garanzia Assicurativa opera anche per le Prestazioni Sanitarie odontoiatriche rese dopo il periodo di Carenza indicato all'Art. 7.1 per Malattie preesistenti, a prescindere da quando si sono manifestate.</p>

5.6 Garanzia Assicurativa "Assistenza"

Entro le limitazioni e il Massimale indicati all'Art.

10.6, la Garanzia Assicurativa offre all'Assicurato – tramite la Struttura di Assistenza – le seguenti forme di Assistenza in caso di Malattia e/o Infortunio.

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

Assistenza	Prestazione della Compagnia
A) Medical Assistance	<p>A.1) Invio di un medico in Italia Se, a seguito di Infortunio o Malattia, l'Assicurato ha bisogno di un medico e non riesce a trovarlo, la Struttura di Assistenza, verificata l'effettiva necessità, invia a proprie spese un medico convenzionato. Se non sono disponibili medici convenzionati, la Struttura di Assistenza organizza il trasferimento in ambulanza nel Centro Medico più vicino. L'Assistenza viene fornita:</p> <ul style="list-style-type: none">• dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali; e• 24 ore su 24, sabato e domenica e nei giorni festivi; <p>per un massimo di 3 volte per Anno Assicurativo. La Struttura di Assistenza non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze.</p> <p>A.2) Trasferimento sanitario programmato in Italia Se, a seguito di Infortunio o Malattia, l'Assicurato ha bisogno di un trasferimento sanitario programmato, la Struttura di Assistenza, dopo l'analisi della situazione clinica attraverso i propri medici e con il loro benessere, organizza il suo trasferimento:</p> <ul style="list-style-type: none">• presso l'Istituto di Cura dove deve essere ricoverato;• dall'Istituto di Cura presso cui è ricoverato ad un altro Istituto ritenuto più attrezzato per le cure del caso; oppure• al suo luogo di residenza dopo la dimissione ospedaliera.



La Struttura di Assistenza presta l'Assistenza inviando un'ambulanza e pagandone i costi entro il Massimale indicato all'Art. 10.6. Questa forma di Assistenza è prestata per massimo 3 volte per Anno Assicurativo. La Struttura di Assistenza non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze.

A.3) Rientro sanitario

Se:

- l'Assicurato subisce un Infortunio o Malattia all'estero; e
- le sue condizioni sono tali che i medici della Struttura di Assistenza, d'accordo con i medici locali (o, in assenza di questi ultimi, con il medico inviato dalla Struttura di Assistenza), ritengono necessario il trasferimento in un Istituto di Cura vicino alla residenza in Italia per assicurare cure adeguate;

la Struttura di Assistenza decide le modalità del rientro e organizza il trasferimento dell'Assicurato con aereo sanitario, aereo di linea (anche barellato), ambulanza oppure treno in prima classe o vagone letto. Il trasferimento con aereo sanitario è operativo da tutti i paesi dell'area europea (anche non inclusi nell'Unione Europea) e i paesi del bacino del Mediterraneo. Da tutti gli altri paesi, il trasferimento avviene solo 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 che lo accompagnano, sono a carico della Struttura di Assistenza.

Non danno luogo al trasferimento:

- **le Malattie infettive e ogni patologia per cui il cui trasporto comporta una violazione delle norme sanitarie applicabili; e**
- **gli Infortuni e le Malattie che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio o che, a giudizio dei medici, possono essere curate sul posto.**

A.4) Trasporto della salma

La Struttura di Assistenza organizza 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, pagando le spese relative alla bara e al trasporto **sino al Massimale indicato all'Art. 10.6. Sono escluse le spese relative all'eventuale recupero della salma e alla cerimonia funebre.**

A.5) Assistenza ai minori di anni 14

Se a seguito di Infortunio o Malattia, l'Assicurato:

- viene ricoverato in Istituto di Cura all'estero e non può essere dimesso entro 7 giorni dalla data del Ricovero; e
- in assenza di un familiare sul posto, chiede di essere raggiunto da una persona di fiducia per assistere i minori di 14 anni rimasti soli durante il Ricovero,

la Struttura di Assistenza organizza il viaggio e paga per la persona di fiducia (i) un biglietto di andata e ritorno in treno (prima classe) o, se il viaggio supera le 6 ore, in aereo (classe economica), e (ii) le spese di pernottamento e prima colazione per un **massimo di 2 (due) notti, entro il Massimale previsto all'Art. 10.6.**

A.6) Assistenza ai familiari Assicurati

In caso di Ricovero ospedaliero o di trasferimento dell'Assicurato, se gli altri Assicurati vogliono rimanere sul posto per assisterlo, la Struttura di Assistenza paga le spese di rientro a casa o di pernottamento e prima colazione per gli Assicurati, per un **massimo di 2 (due) notti entro il Massimale previsto all'Art. 10.6.**



	<p>A.7) Viaggio di un familiare Se l'Assicurato in Ricovero ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia richiede - in mancanza di un proprio familiare sul posto - di essere raggiunto da un familiare, la Struttura di Assistenza organizza il viaggio del familiare pagandogli un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (prima classe) o, se il viaggio supera le 6 ore, in aereo (classe economica). Sono escluse le spese (i) di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare e (ii) diverse da quelle indicate sopra.</p> <p>A.8) Invio medicinali all'estero Se l'Assicurato ha bisogno all'estero di medicinali commercializzati in Italia e regolarmente prescritti da un medico ma non li trova sul posto, la Struttura di Assistenza glieli invia con il mezzo più rapido secondo le norme locali che regolano il trasporto dei medicinali. La Struttura di Assistenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • paga le spese per trovare e spedire i medicinali, mentre il costo delle medicine stesse resta a carico dell'Assicurato; oppure • indica il nome di un medicinale equivalente ma fabbricato all'estero. <p>A.9) Monitoraggio del Ricovero ospedaliero Dopo un Ricovero ospedaliero per Infortunio o Malattia, su richiesta dell'Assicurato i medici della Struttura di Assistenza si mettono in contatto con i medici curanti sul posto per monitorare la sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione. Questa forma di Assistenza è fornita con il consenso espresso dell'Assicurato, rilasciato al reparto di Ricovero nel rispetto della normativa vigente.</p>
<p>B.) Temporary Medical Care (prestazioni valide solo in Italia)</p>	<p>B.1) Assistenza infermieristica post-Ricovero a domicilio Se l'Assicurato, ricoverato in un Istituto di Cura per più di 2 (due) giorni a seguito di Infortunio o Malattia, ha bisogno di assistenza infermieristica, la Struttura di Assistenza - dopo aver chiesto un parere medico sull'effettiva necessità - dà assistenza infermieristica specializzata per fargli continuare le terapie a casa dopo le dimissioni entro il Massimale previsto all'Art. 10.6. L'Assicurato deve comunicare il suo bisogno alla Struttura di Assistenza almeno 2 (due) giorni prima della data di dimissioni e inviare il certificato di dimissioni dell'Istituto di Cura.</p> <p>B.2) Assistenza infermieristica per familiari non autosufficienti Se l'Assicurato, ricoverato in un Istituto di Cura a seguito di Infortunio o Malattia, chiede assistenza infermieristica a casa propria per i familiari conviventi non autosufficienti che sono rimasti soli, la Struttura di Assistenza invia al più presto - compatibilmente con le oggettive situazioni locali e per le prime 4 (quattro) settimane di convalescenza - un infermiere, pagando le spese entro il Massimale previsto all'Art. 10.6. L'Assicurato deve comunicare il suo bisogno alla Struttura di Assistenza con almeno 2 (due) giorni di anticipo e inviare il certificato di dimissioni dell'Istituto di Cura.</p> <p>B.3) Assistenza fisioterapica post-Ricovero a domicilio In alternativa alla Prestazione Sanitaria "Assistenza Infermieristica post-Ricovero a domicilio", se l'Assicurato, ricoverato in un Istituto di Cura per più di 2 (due) giorni a seguito di Infortunio o Malattia, ha bisogno di assistenza fisioterapica, la Struttura di Assistenza - dopo aver chiesto un parere medico sull'effettiva necessità - dà assistenza fisioterapica specializzata durante le prime 4 (quattro) settimane di convalescenza dalle ore 8 alle ore 18, dal lunedì al venerdì, per far continuare all'Assicurato le terapie a casa dopo le dimissioni, pagando le spese entro il Massimale previsto all'Art. 10.6. L'Assicurato deve comunicare il suo bisogno alla Struttura di Assistenza almeno 2 (due) giorni prima della data di dimissioni e inviare il certificato di dimissioni dell'Istituto di Cura.</p>



	<p>B.4) Consegna farmaci a casa Se, a seguito di Infortunio o Malattia, l'Assicurato ha bisogno di medicinali commercializzati in Italia e prescritti da un medico, la Struttura di Assistenza si attiva per cercare i farmaci e consegnarglieli a casa, per un massimo di 3 volte per Anno Assicurativo. Restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali.</p> <p>B.5) Ricerca e reperimento presidi ortopedici e supporti riabilitativi Se l'Assicurato, ricoverato in Istituto di Cura per oltre 2 (due) giorni a seguito di Infortunio, ha bisogno di presidi ortopedici e supporti riabilitativi (p.es., stampelle, sedia a rotelle, letto ortopedico, materasso antidecubito) e non può allontanarsi da casa per gravi motivi di salute certificati dal proprio medico, la Struttura di Assistenza, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, gli consegna il presidio e/o il supporto riabilitativo, per un massimo di 3 volte per Anno Assicurativo. Restano a carico dell'Assicurato i costi dei presidi e supporti riabilitativi.</p>
<p>C.) Personal Care (prestazioni valide solo in Italia)</p>	<p>C.1) Collaboratrice familiare Se l'Assicurato, ricoverato in un Istituto di Cura per oltre 2 (due) giorni a seguito di Infortunio o Malattia, ha bisogno di assistenza a casa di una persona che si occupi delle normali faccende domestiche per le prime 2 (due) settimane di convalescenza, la Struttura di Assistenza mette a disposizione e paga una collaboratrice familiare sino a 20 giorni continuativi per Sinistro e per un massimo di 3 volte per Anno Assicurativo, il tutto entro il Massimale previsto all'Art. 10.6. L'Assicurato deve comunicare il suo bisogno alla Struttura di Assistenza almeno 2 (due) giorni prima e inviare il certificato di dimissioni dell'Istituto di Cura.</p> <p>C.2) Assistenza familiare con operatore socio sanitario a domicilio Se, a seguito di Infortunio o Malattia l'Assicurato non è autosufficiente e ha bisogno di assistenza di un operatore socio-sanitario presso l'Istituto di Cura dove è ricoverato o a casa dopo il Ricovero, la Struttura di Assistenza, dopo aver verificato la condizione di non autosufficienza, invia e paga l'operatore per un massimo di 20 giorni continuativi per Sinistro e 3 volte per Anno Assicurativo, il tutto entro il Massimale previsto all'Art. 10.6. L'Assicurato deve comunicare il suo bisogno alla Struttura di Assistenza almeno 2 (due) giorni prima e inviare il certificato di dimissioni dell'Istituto di Cura.</p> <p>C.3) Servizio spesa a casa Se l'Assicurato non può uscire autonomamente per gravi motivi di salute certificati dal medico curante (p.es. Malattia, Infortunio), può richiedere alla Struttura di Assistenza di consegnargli a casa generi alimentari o di prima necessità, fino al massimo 2 (due) buste per richiesta e solo per una volta a settimana. La Prestazione Sanitaria viene fornita per un massimo di 4 (quattro) volte per Sinistro e per un massimo di 3 (tre) volte per Anno Assicurativo. Restano a carico dell'Assicurato i costi della spesa.</p> <p>C.5) Adattamento casa/veicolo Se l'Assicurato colpito da Invalidità Permanente certificata a seguito di Infortunio o Malattia ha bisogno di fare dei lavori a casa propria o al suo veicolo per adattarli al suo stato di Invalidità, la Struttura di Assistenza gli rimborsa le spese necessarie entro il Massimale previsto all'Art. 10.6. Se l'Assicurato richiede gli incentivi previsti dalla Legge n. 13/1989, il Massimale si applica in eccedenza a quanto eventualmente non riconosciuto.</p>

<p>D.) Family Care (prestazioni valide solo in Italia)</p>	<p>D.1) Invio pediatra (in caso di Assicurato Aggiuntivo) Se l'Assicurato ha bisogno di un pediatra a seguito di Infortunio o Malattia e non riesce a trovarlo, la Struttura di Assistenza invia, a spese proprie, uno dei pediatri convenzionati dopo averne verificato la necessità. Se non ci sono pediatri convenzionati disponibili, la Struttura di Assistenza invia un medico generico o organizza un trasporto in ambulanza nel Centro Medico più vicino. Questa forma di Assistenza viene fornita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali oppure 24 ore su 24 sabato e domenica e nei giorni festivi; e • per un massimo di 3 (tre) volte per Anno Assicurativo. <p>La Struttura di Assistenza non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze.</p> <p>D.2) Invio baby sitter Se, a seguito di Infortunio o Malattia, l'Assicurato è ricoverato in un Istituto di Cura per oltre 2 (due) giorni e non può occuparsi dei figli minori di 12 anni, la Struttura di Assistenza invia per un massimo di 3 (tre) volte per Anno Assicurativo e paga una baby sitter entro il Massimale previsto all'Art. 10.6. L'Assicurato deve comunicare il suo bisogno alla Struttura di Assistenza almeno 2 (due) giorni prima e inviare il certificato di dimissioni dell'Istituto di Cura.</p> <p>D.3) Accompagnamento scuola minori Se l'Assicurato, ricoverato in un Istituto di Cura a seguito di Infortunio e/o Malattia per oltre 2 (due) giorni, non può accompagnare a scuola i figli minori di 12 anni, la Struttura di Assistenza invia a casa dell'Assicurato per un massimo di 3 (tre) volte per Anno Assicurativo un taxi, pagandone il costo entro il Massimale previsto all'Art. 10.6. L'Assicurato deve comunicare il suo bisogno alla Struttura di Assistenza almeno 2 (due) giorni prima e inviare il certificato di dimissioni dell'Istituto di Cura.</p> <p>D.4) Custodia animali Se l'Assicurato, ricoverato in un Istituto di Cura seguito di Infortunio o Malattia per oltre 2 (due) giorni, non può accudire - né personalmente né attraverso un familiare - i suoi animali domestici, la Struttura di Assistenza li porta in idonea struttura per custodirli per un massimo di 3 (tre) volte per Anno Assicurativo, pagando le spese di pensionamento entro il Massimale previsto all'Art. 10.6. L'Assicurato deve comunicare il suo bisogno alla Struttura di Assistenza almeno 2 (due) giorni prima e inviare il certificato di dimissioni dell'Istituto di Cura.</p>
---	---

Ricorda in ogni caso che:

- 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 accidentale e imprevedibile;
- 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 di Assistenza.

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 non coprono le complicanze, i postumi o le conseguenze (dirette e/o indirette) di Infortuni occorsi o Malattie manifestate 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 Euro 10.000 per Anno Assicurativo**;
- dopo almeno 10 anni consecutivi di attivazione ininterrotta, la Compagnia paga un importo pari al 63% dell'Indennizzo previsto dall'Assicurazione, **fino al Massimale di Euro 20.000 per Anno Assicurativo**.

Sono inoltre esclusi da tutte le Garanzie Assicurative:

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 e i Massimali indicati rispettivamente nell'Art. 9 e nell'Art. 10 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 ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di azioni delittuose, compiute o tentate, dell'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 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 extraospedaliere "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 ospedaliere 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 disturbi 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. 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 inoltre esclusi:

8. Infortuni già verificatisi alla Data di Decorrenza e relative conseguenze e postumi;

9. atti compiuti volontariamente (cd. dolosi) o tentati dall'Assicurato;

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: 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. 10.5;
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 free-climbing, 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. 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, infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale, comunque non dilettantistiche (comprese gare, prove ed allenamenti);
6. Malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la ventiseiesima settimana di gestazione e dal puerperio;
 7. Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive e relative conseguenze/complicanze;
 8. Malattie preesistenti;
 9. espianto e/o trapianto di organi;
 10. abuso di alcolici o psicofarmaci nonché uso di stupefacenti e di allucinogeni.

Art. 7. Quanto durano le Garanzie Assicurative?

7.1 Quando iniziano e quanto durano?

Le Garanzie Assicurative hanno durata annuale e, fatto salvo il periodo di Carenza indicato di seguito, iniziano alle ore 24:00 del giorno indicato nel Modulo di Polizza, purché sia stato pagato il Premio. Se non fosse così, si applicano le conseguente previste all'Art. 11.

Ricorda che alle seguenti Garanzie Assicurative - attivate al momento della firma del Modulo di Polizza o successivamente - 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
<ul style="list-style-type: none"> • "Spese Mediche" 	<ul style="list-style-type: none"> • Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza; • Malattie: <ul style="list-style-type: none"> - dal 63° 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 del Modulo 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 63° giorno successivo alla Data di Decorrenza, purché la gravidanza sia iniziata dopo la Data di Decorrenza.
<ul style="list-style-type: none"> • "Clinica Privata" 	<ul style="list-style-type: none"> • Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza; • Malattie: <ul style="list-style-type: none"> - dal 63° 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 del Modulo 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 63° giorno successivo alla Data di Decorrenza, purché la gravidanza sia iniziata dopo la Data di Decorrenza
<ul style="list-style-type: none"> • "Indennità" 	<ul style="list-style-type: none"> • Infortunio: 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 del Modulo 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 63° giorno successivo alla Data di Decorrenza, purché la gravidanza sia iniziata dopo la Data di Decorrenza

• "Dental"	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
------------	--

Ricorda che:

- se, dopo il termine di Carenza, l'Assicurato chiede Prestazioni Sanitarie causate da Malattie che, secondo parere medico, si sono manifestate per la prima volta durante la Carenza, la Compagnia potrà rimborsarle; e
- in caso di variazioni all'Assicurazione, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa) il periodo di Carenza si applica dalla data indicata nel modulo di variazione relativo:
 - o alle maggiori somme assicurate per Prestazioni sanitarie già previste nella precedente copertura;
 - o alle Prestazioni sanitarie non previste nella precedente copertura;
 - o alle nuove persone Assicurate.

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.**

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

- dal Contraente, con lettera raccomandata A/R, fax o email agli indirizzi di cui all'Art. 18 oppure compilando l'apposito modulo presso le filiali della Banca;
- dalla Compagnia [nei casi indicati al successivo Art.14.2 con lettera raccomandata A/R da inviare all'indirizzo del Contraente indicato sul Modulo di Polizza o a quello in seguito modificato.

7.3 Quando cessano?

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

Evento	Data di cessazione
Decesso del Contraente	Immediata con rimborso parziale del Premio
Perdita dei requisiti del Contraente/Assicurato indicati all'Art. 3	Dal momento della perdita del requisito
Mancato pagamento del Premio (o della rata scaduta) se la Compagnia non agisce per la riscossione	Sei mesi dal giorno in cui il Premio o la rata sono scaduti
Chiusura del conto del Contraente presso la Banca	<ul style="list-style-type: none"> • In caso di pagamento unico: dalla data della prima scadenza di pagamento annuale del Premio successiva alla chiusura del conto; • In caso di pagamento mensile: dalla data di chiusura del conto.
Dichiarazioni inesatte o incomplete, relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia	Nei termini previsti dall'Art. 17
Aggravamenti del rischio non noti o non accettati dalla Compagnia	Nei termini previsti dall'Art. 17
Recesso del Contraente o della Compagnia	Alle date indicate rispettivamente all'Art. 14.1 e 14.2

Inoltre, le Coperture 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, a partire dalla prima scadenza annuale successiva;
- l'uscita di un Assicurato dal Nucleo familiare, a partire dalla prima scadenza annuale successiva.

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

In caso di Sinistro, il beneficiario è l'Assicurato. Non possono essere beneficiari i cittadini o 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. Ci sono limiti alle prestazioni della Compagnia?

Oltre ai Massimali indicati al successivo Art. 10, la Compagnia applica in taluni casi anche Franchigie e Scoperti, secondo quanto indicato per ciascuna Garanzia Assicurativa all'Art. 10.

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.

Art. 10. Quali sono i Massimali?

Alle Garanzie Assicurative si applicano i seguenti Massimali, limiti Scoperti e Franchigie, salvo ove diversamente indicato.

Ricorda che:

- i Massimali 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.**

10.1 Garanzia Assicurativa "Spese Mediche"

Prestazione Sanitaria	Massimale / Indennità / Limite	Scoperto / Franchigia
A) Prestazioni Sanitarie ospedaliere in SSN		
A.1) Indennizzo per Ricovero con/senza Intervento chirurgico o Day Hospital con/senza Intervento chirurgico in SSN	<ul style="list-style-type: none"> • Ricovero: Indennizzo di € 80 al giorno • Day Hospital: Indennizzo di € 40 al giorno • Limite massimo: 200 giorni 	Nessuno
A.2) Indennizzo per Ricovero con intervento chirurgico su neonati in SSN	<ul style="list-style-type: none"> • Ricovero: Indennizzo di € 80 al giorno • Limite massimo: 200 giorni 	
A.3) Rimborso ticket per intervento chirurgico ambulatoriale in SSN	<ul style="list-style-type: none"> • Massimale € 2.000 	
A.4) Rimborso ticket pre e post Ricovero con/senza intervento chirurgico, Day Hospital con/senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale	<ul style="list-style-type: none"> • Massimale € 2.000 • Limite rimborso: 90 giorni prima e 90 giorni dopo 	
B) Prestazioni Sanitarie extraospedaliere		
B.1) Alta Specializzazione	<ul style="list-style-type: none"> • Massimale € 2.500 	<ul style="list-style-type: none"> • Pagamento Diretta: 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)	<ul style="list-style-type: none"> • Massimale € 500 	
B.3) Ticket SSN per analisi di laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Massimale € 100 	Nessuno
B.4) Visite specialistiche	<ul style="list-style-type: none"> • Massimale € 100 per visita specialistica • Massimo 2 Visite specialistiche 	<ul style="list-style-type: none"> • Pagamento Diretto o Rimborsuale: Scoperto 20% • Ticket SSN: nessuno



10.2 Garanzia Assicurativa "Clinica Privata"

Tabella 1

Prestazione Sanitaria	Massimale / Limite	Scoperto / Franchigia
A.) Ricovero, Day Hospital (con o senza intervento chirurgico e intervento chirurgico ambulatoriale) fatti privatamente		
A.1) Ricovero con/senza intervento chirurgico	<ul style="list-style-type: none"> • Pagamento Diretto: € 250.000 • Pagamento Rimborsuale: € 250.000 (per interventi con massimale prestabilito si veda il punto A.7)) • Prestazioni pre-Ricovero: 90 giorni • Prestazioni post-Ricovero: 90 giorni 	Ricovero con/senza Intervento chirurgico: <ul style="list-style-type: none"> • Pagamento Diretto: nessuno • Pagamento Rimborsuale: Scoperto 20% minimo 1.000 euro
A.2) Day Hospital con intervento chirurgico		Day Hospital con/senza intervento chirurgico – intervento chirurgico ambulatoriale: <ul style="list-style-type: none"> • Pagamento Diretto: Franchigia € 200 • Pagamento Rimborsuale: Scoperto 20% minimo € 1.000
A.3) Day Hospital senza intervento chirurgico		
A.4) Intervento chirurgico ambulatoriale		
A.5) Parto cesareo, aborto spontaneo o aborto terapeutico	<ul style="list-style-type: none"> • Pagamento Diretto: € 2.500 • Pagamento Rimborsuale: € 2.500 • Prestazioni pre-Ricovero: 90 giorni • Prestazioni post-Ricovero: 90 giorni 	Nessuno
A.6) Parto fisiologico	<ul style="list-style-type: none"> • Pagamento Diretto: € 1.500 • Pagamento Rimborsuale: € 1.500 • Prestazioni pre-Ricovero: 90 giorni • Prestazioni post-Ricovero: 90 giorni 	
A.7) Interventi plafonati con massimale prestabilito in forma di Pagamento Rimborsuale	<ul style="list-style-type: none"> • Cfr. Tabella 2 sotto 	
B.) Neonato	<ul style="list-style-type: none"> • Pagamento Diretto: € 20.000 • Pagamento Rimborsuale: € 20.000 (per interventi con massimale prestabilito si veda il punto A.7)) • Prestazioni pre-Ricovero: 90 giorni • Prestazioni post-Ricovero: 90 giorni 	

Tabella 2

A.7) Interventi con massimale prestabilito in forma indiretta	
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
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 fatto 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 sono rimborsate fino ad un limite giornaliero di € 200, 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 regi-

me di Pagamento Diretto o Pagamento Rimborsuale, come descritto nella Tabella 1 ai punti "A.1) Ricovero con/senza 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%.

10.3 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

10.4 Garanzia Assicurativa "Infortuni"

Massimale / Indennizzo / Limite	Scoperto / Franchigia
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.	Nessuno [TBC]

10.5

Garanzia Assicurativa "Dental"

Se l'Assicurato:

- si attiva con 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.**

Tabella 1

Prestazioni Sanitarie di emergenza odontoiatrica			
Codice	Descrizione	Cure eseguite in forma diretta	Massimale
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	Prestazioni Sanitarie gratuite per l'Assicurato con costo a carico della Compagnia	€ 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		€ 63,00
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		€ 63,00
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 bicanalare		€ 83,00
SD56	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione tricanalare		€ 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 1

Prestazioni Sanitarie di prevenzione odontoiatrica			
Codice	Descrizione	Cure eseguite in forma diretta	Massimale
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	Prestazioni Sanitarie gratuite per l'Assicurato con costo a carico della Compagnia	€ 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
SD11	Assorbimento del fluoro nello smalto (lucidatura); applicazioni topiche oligoelementi		€ 15,00

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



10.6 Garanzia Assicurativa "Assistenza"
fino a un massimo di 3 volte per tipo

Forma di Assistenza	Massimale / Limite	Scoperto / Franchigia
A.) Medical Assistance		
A.1) Invio di un medico in Italia	Nessuno	Nessuno
A.2) Trasferimento sanitario programmato in Italia	200 km per Sinistro per l'invio di un'autoambulanza	
A.3) Rientro sanitario	Nessun Massimale	
A.4) Trasporto della salma	Massimale: € 5.000 (IVA inclusa) (con esclusione delle spese per recupero salma e cerimonia funebre)	
A.5) Assistenza ai minori di anni 14	Massimale: € 300,00 (IVA inclusa) per Evento	
A.6) Assistenza i familiari Assicurati	Massimale: € 500,00 (IVA inclusa) per Evento	
A.7) Viaggio di un familiare	Nessun Massimale	
A.8) Invio medicinali all'estero	Nessun Massimale	
A.9) Monitoraggio del Ricovero ospedaliero	Nessun Massimale	
B.) Temporary Medical Care		
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	
B.3) Assistenza fisioterapica post-Ricovero a domicilio	Massimale: € 500,00 per Anno Assicurativo nelle prime quattro settimane di convalescenza	
B.4) Consegna farmaci a casa	Nessun Massimale	
B.5) Ricerca e reperimento presidi ortopedici e supporti riabilitativi	Nessun Massimale	
C.) Temporary Medical Care		
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	
C.3) Servizio spesa a casa	Nessun Massimale	
C.4) Consegna referti	Nessun Massimale	
C.5) Adattamento casa/veicolo	Nessun Massimale	
D.) Family Care		
D.1) Invio pediatra	Nessun Massimale	Nessuno
D.2) Invio baby sitter	Massimale: € 500,00 per Sinistro	
D.3) Accompagnamento scuola minori	Massimale: € 200,00 per Sinistro	
D.4) Custodia animali	Massimale: € 400,0 complessivi per Sinistro e per annualità Assicurativa	



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

Ricorda che ogni singola forma di Assistenza, per ogni Assicurato, è fornita fino a 3 (tre) volte per ciascun tipo per Anno Assicurativo indipendentemente dal numero dei soggetti Assicurati che le richiedono.

Art. 11. 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 nell'Allegato 1; 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.

Nel calcolare il Premio, la Compagnia applica questi sconti:

- a) sconto sul numero degli Assicurati Aggiuntivi:
50% sul Premio imponibile relativo a ogni Assicurato Aggiuntivo;
- 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 Aggiuntivi.

Nel caso in cui si abbia diritto ad entrambi gli sconti, verrà applicato in primo luogo lo sconto numero Assicurati Aggiuntivi 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 Aggiuntivi

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

Il Premio è annuo e deve essere pagato anticipatamente con addebito sul conto corrente del Contraente presso la Banca.

Il Contraente può però scegliere, quando firma il Modulo di Polizza, di pagarlo con un unico versamento oppure in 12 rate mensili uguali (senza interessi), ferme le eventuali integrazioni dovute alla variazione degli Assicurati o delle Garanzie Assicurative attivate. Entrambe le modalità di pagamento danno diritto a regolare quietanza del pagamento del Premio.

Il Contraente deve comunicare tempestivamente alla filiale della Banca presso cui ha stipulato l'Assicurazione l'eventuale modifica delle coordinate bancarie, fermo restando anche quelle nuove devono sempre riferirsi a un conto corrente aperto presso la Banca. In caso di

coordinate bancarie su conto presso istituto bancario diverso, l'Assicurazione cessa automaticamente dalla data della prima scadenza di pagamento annuale successiva alla chiusura del conto, senza necessità di disdetta. In caso di pagamento frazionato mensilmente, la polizza cessa alla data di chiusura del conto corrente BNL o Hello Bank!

Se il Contraente non paga il Premio (o le relative rate), per mancanza di fondi sul conto corrente o altro motivo, le Garanzie Assicurative restano sospese dalle ore 24:00 del 20° giorno successivo alla scadenza del pagamento non effettuato e riacquistano efficacia dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, con addebito dei Premi relativi al periodo di sospensione.

Ogni mese, infatti, la Compagnia tenterà di addebitare il Premio sul conto, ad eccezione dell'importo relativo ad eventuali variazioni di Premio dovute all'attivazione di una o più Garanzie Assicurative o all'aggiunta di uno o più Assicurati durante il mese precedente al mancato pagamento.

L'Assicurazione si scioglie di diritto nel termine di sei mesi dal giorno in cui il Premio o la rata sono scaduti, se la Compagnia non agisce per la riscossione del Premio o della rata.

Art. 12. 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 tariffe e di conseguenza il Premio aumenta, comunica al Contraente la proposta di modifica con un preavviso di 63 giorni rispetto alla scadenza dell'Anno Assicurativo.

La Compagnia comunica al Contraente la proposta di modifica con un preavviso di almeno 63 giorni rispetto alla scadenza dell'Anno Assicurativo.

Se il Contraente non accetta le modifiche contrattuali proposte può recedere dall'Assicurazione, dando comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata A/R 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.

Le eventuali modifiche delle Condizioni di Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 13. 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 sola Garanzia Assicurativa Assistenza in forma di "Medical Assistance";
- in Italia, Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino per le Garanzie Assicurative Assistenza in forma di "Temporary Medical Care", "Personal Care" e "Family Care".



Art. 14. Si può recedere dall'Assicurazione?

14.1 Recesso del Contraente



COME RECEDERE

Quando?	In che modo?	Quali sono le conseguenze?
Entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza	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. 18	<ul style="list-style-type: none">• Le Garanzie Assicurative cessano con effetto retroattivo dalla Data di Decorrenza e, quindi non operano sin dall'inizio• In caso di Eventi successi prima della comunicazione di recesso, la Compagnia non ha alcun obbligo di pagamento/rimborso, né di rendere le prestazioni previste dall'Assicurazione• Il Contraente ha diritto alla restituzione parziale del Premio secondo quanto previsto all'Art. 15

Se un Sinistro viene denunciato nei 30 giorni in cui è possibile recedere dall'Assicurazione, significa che il Contraente ha rinunciato alla possibilità di recedere.

14.2 Recesso della Compagnia

Quando?	In che modo?	Quali sono le conseguenze?
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 nel Modulo di Polizza (o modificato successivamente)	<ul style="list-style-type: none">• Le Garanzie Assicurative cessano dalle ore 24:00 del giorno di ricezione della raccomandata• Il Cliente ha diritto alla restituzione parziale del Premio secondo quanto previsto all'Art. 15.

Art. 15. In quali casi il Premio può essere restituito dalla Compagnia?

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

- **Decesso del Contraente:** 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 nel Modulo di Polizza
- **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 nel Modulo 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;

- **recesso del Contraente dall'Assicurazione secondo quanto previsto dall'Art. 14.1:** 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. 14.2:** la Compagnia restituisce al Contraente il Premio versato e non goduto, al netto delle imposte.



Art. 16. 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. 18 l'uscita dal Nucleo Familiare 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;
- consentire, e far sì che i suoi familiari o gli eredi consentano, 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.

Art. 17. 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, in particolare compilando il Questionario Sanitario: di conseguenza, c'è 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 stipulazione dell'Assicurazione e avrà diritto di rifiutare la stipulazione 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. 18. 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 posta, fax o e-mail, ad uno dei seguenti recapiti:

- a mezzo posta a, **Cardif - Back Office Protezione - Post Vendita Casella postale 550 - 20123 Milano;**
- a mezzo fax, al numero **02.30329809;**
- tramite posta elettronica, per:
 - per richieste di successive all'acquisto della Polizza: all'indirizzo e-mail **lineapersone@cardif.com**
 - per richieste di informazioni: all'indirizzo e-mail **servizioclienti@cardif.com;**

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.

Telefonando al numero verde Servizio Clienti **800.900.780 dall'Italia**
dall'estero: +39 02 7722 455 (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 attraverso le credenziali assegnate al primo accesso in occasione della registrazione. Eventuali comunicazioni della Compagnia sono indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dal Contraente/Assicurato.

La Compagnia offre anche la App "UNICA BNL" che, scaricata da Google Play oppure da Apple Store e attivata, consente di ottenere informazioni sulle Condizioni di Assicurazione, sulle Garanzie Assicurative attive e sui Massimali, oppure di denunciare un Sinistro.



COME COMUNICO CON
LA COMPAGNIA



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

Art. 19. Cosa fare in caso di altre garanzie assicurative per il medesimo rischio?

Le Garanzie Assicurative possono cumularsi con quelle di altre polizze stipulate per gli stessi rischi. Il Contraente e l'Assicurato possono non comunicare alla Compagnia l'esistenza o la successiva stipulazione di altre polizze per gli stessi rischi, ma **in caso di Sinistro devono comunque darne avviso a tutte le imprese di assicurazione interessate, indicando a ciascuna il nome degli altri assicuratori ai sensi dell'art. 1910 del codice civile. Se volontariamente non lo fanno, la Compagnia può rifiutarsi di rendere le prestazioni previste dall'Assicurazione.**

Art. 20. 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. 21. 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. 22. Quale legge si applica?

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

Art. 23. Qual 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. 24. Come si denuncia un Sinistro?

24.1 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	Garanzia Assicurativa interessata dal Sinistro	Contatti
Telefono	<ul style="list-style-type: none">Tutte	<ul style="list-style-type: none">- Numero verde dall'Italia: 800 900 515- Numero nero dall'estero: +39 02 7722 4551 Questi numeri sono attivi: <ul style="list-style-type: none">• 24/24h per 365 giorni l'anno per la Garanzia Assicurativa "Assistenza"• dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 19:00 per per la Garanzia Assicurativa "Dental"• dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 18:00 per le altre Garanzie Assicurative
Posta	<ul style="list-style-type: none">"Spese Mediche", "Clinica Privata", "Indennità" e "Infortuni""Dental"	Cardif c/o My Assistance Srl Via Via Monte Cuccoli, 20/2 - 20163 Milano per i Sinistri relativi alle garanzie I - Spese Mediche, II - Clinica Privata, III - Indennità, IV - Infortuni e V - Dental.
Email	<ul style="list-style-type: none">"Spese Mediche", "Clinica Privata", "Indennità" e "Infortuni""Dental"	sinistri.cardif@myassistance.it dental.cardif@myassistance.it
Fax	<ul style="list-style-type: none">"Spese Mediche", "Clinica Privata", "Indennità" e "Infortuni""Dental"	Fax 02 871819753

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".

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

- **inviare alla Compagnia tutta questa documentazione:**
 - 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. 24.2 all'Art. 24.5; e
 - ogni altro documento necessario e sufficiente a

verificare il diritto all'Indennizzo;

- 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 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.

24.2 Regole ulteriori per le Garanzie Assicurative "Spese Mediche", "Clinica Privata" 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, consultando:
 - all'interno dell'Area Clienti del sito www.myassistance.it
 - al seguente link <http://www.myassistance.it/networks/network-odontoiatrico/elencostrutture.html>
 - all'interno dell' App per smartphone "UNICA BNL"

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, Scoperto o importi superiori al Massimale relativi alle singole Garanzie Assicurative**
- le spese sostenute i 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. 5.1, 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 Pagamento Diretto (e non quelli 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.

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. l'Assicurato può liberamente scegliere se ricevere le Prestazioni Sanitarie dal Network Convenzionato con Pagamento Diretto oppure da altre strutture con Pagamento Rimborsuale;
3. eventuali modifiche del Network Convenzionato o la cessazione/variazione delle condizioni di convenzionamento non sono motivo di cessazione anticipata dell'Assicurazione; e
4. 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. 24.1, inviando:

- in caso di Prestazione Sanitaria extraospedaliera, prescrizione compilata dal medico di base o dallo specialista 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 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 o altra documentazione che certifichi oggettivamente l'Infortunio.

La Struttura Operativa può richiedere altra documentazione medica o esiti di esami, 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. 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 delle Condizioni di Assicurazione.

Ricorda che:

- se l'Assicurato non telefona al Servizio Clienti prima di rivolgersi al 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 rimborsa, 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 che si è rivolto a strutture sanitarie non appartenenti al Network Convenzionato e ha pagato le Prestazioni Sanitarie ricevute, entro 10 (dieci) giorni dal termine delle cure o comunque appena possibile, deve comunicare il Sinistro alla Compagnia secondo le

modalità indicate all'Art. 24.1, unitamente a:

- la certificazione medica che conferma la Malattia o l'Infortunio;
- 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:
 - il tipo di Prestazione Sanitaria (p.es., vista ortopedica, ecografia addome completo) in caso di Prestazioni Sanitarie extraospedaliere;
 - la patologia accertata o presunta, la data d'insorgenza che rendono necessarie le Prestazioni Sanitarie ospedaliere o extraospedaliere);
- referto di pronto soccorso o altra documentazione che certifichi oggettivamente l'Infortunio (se presente).

La Struttura Operativa può richiedere altra documentazione medica o esiti di esami se necessario, per valutare l'autorizzazione al Pagamento Rimborsuale una volta completati i controlli medico-amministrativi.

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 (tranne nel caso di Prestazioni Sanitarie della Garanzia Assicurativa "Dental").

24.3 Regole ulteriori per la Garanzia Assicurativa "Indennità"

Per richiedere la Prestazione Sanitaria l'Assicurato deve inviare, secondo le modalità indicate all'Art. 24.1:

- cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero con Intervento chirurgico anche in regime di Day Surgery;
- 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 2 "Classificazione degli interventi chirurgici in classi".
- senza applicazione di Scoperto in caso di Prestazione erogata da un Istituto di cura pubblico o privato in regime di convenzione con il SSN, relativamente all'importo del solo ticket pagato.

24.4 Regole ulteriori per la Garanzia Assicurativa "Infortuni"

Per richiedere la Prestazione Sanitaria, l'Assicurato deve inviare, secondo le modalità indicate all'Art. 24.1:

- 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.

24.5 Regole ulteriori per la Garanzia Assicurativa "Assistenza"

Per richiedere Assistenza, l'Assicurato deve telefonare direttamente alla Struttura di Assistenza ai numeri indicati all'Art. 24.1.

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 di Assistenza.

Art. 25. 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.

Tutti i pagamenti di Compagnia, fatti a qualunque titolo, sono:

- in Euro;
- versati su un conto corrente di una banca con sede nell'Unione Europea e, comunque, aperto presso un'agenzia che si trova in uno Stato membro dell'Unione Europea.

In nessun caso la Compagnia può pagare importi a cittadini o 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. 26. A chi inviare un eventuale reclamo?

26.1 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 posta, telefax o e-mail all'Ufficio Reclami della Compagnia, al seguente indirizzo:

Cardif – Ufficio Reclami

Piazza Lina Bo Bardi, 3

20124 Milano

e-mail reclami@cardif.com

fax 0277.224.265

Inoltre, è possibile inviare reclamo utilizzando il web-form presente sul sito internet della Compagnia:

www.bnpparibascardif.it

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. 26.3.

26.2 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 nel modello "Allegato 4" consegnato 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.

26.3 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 e sul sito della Compagnia (www.bnpparibascardif.it - sezione dedicata ai reclami).

Il reclamo deve contenere chiaramente i seguenti elementi:

- il nome, cognome e domicilio del reclamante;
- la Compagnia, l'intermediario o i soggetti di cui si lamenta;
- la descrizione dei motivi della lamentela e l'eventuale documentazione a supporto della stessa.

In ogni caso, è possibile ricorrere all'istituto della mediazione come disciplinato dal D. Lgs. n° 28 del 4 marzo 2010 e rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Se il reclamo è fatto nei confronti di una compagnia assicurativa che ha sede in un altro paese europeo e il reclamante risiede in Italia, si può presentare il reclamo a:

- l'autorità di vigilanza o al sistema competente del paese in cui ha sede legale la compagnia che ha firmato il contratto (rintracciabile su www.ec.europa.eu/fin-net);
- l'IVASS, che lo invierà alla suddetta Autorità estera informandola per conoscenza.

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-lacp.html>.



**COME FARE
UN RECLAMO**



Protezione dei dati personali

Art. 27. Protezione dei dati personali

A. Base giuridica del trattamento dei dati personali

Come parte dell'Assicurazione e in qualità di titolare del trattamento, la Compagnia è tenuta ad acquisire alcuni dati personali riferiti al Contraente, all'Assicurato ovvero ai soggetti che li rappresentano, o al Titolare Effettivo (di seguito, in generale, il "Cliente"), che sono tutelati dal Regolamento Generale (UE) sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (il "GDPR").

Il conferimento dei dati personali richiesti dalla Compagnia è necessario per il perfezionamento e la gestione dell'Assicurazione e in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici. Se il conferimento dei dati personali richiesti dalla Compagnia fosse facoltativo, tale possibilità sarebbe indicata al momento della raccolta dei dati. Le informazioni di seguito fornite riguardano anche, per quanto applicabili, i trattamenti di dati personali eventualmente posti in essere da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", come di seguito specificati, ferma la facoltà per gli stessi di rendere autonoma informativa.

B. Finalità del trattamento dei dati

I dati personali raccolti dalla Compagnia sono necessari:

(i) Per adempiere ad obblighi di legge e di regolamento, laddove applicabili

La Compagnia tratta i dati personali del Cliente per adempiere a molteplici obblighi di legge e di regolamento, anche tra cui:

- Adempimento di obblighi connessi all'esercizio dell'attività assicurativa;
- Prevenzione delle frodi assicurative;
- Prevenzione del riciclaggio di denaro e del finanziamento del terrorismo;
- Contrasto all'evasione fiscale e adempimento degli obblighi di controllo fiscale e di notifica;
- Monitoraggio e segnalazione dei rischi in cui l'organizzazione potrebbe incorrere;
- Risposta ad una richiesta ufficiale di un'autorità pubblica o giudiziaria debitamente autorizzata.
- Per tali finalità i dati del Cliente potranno inoltre essere trattati, quali autonomi titolari, da soggetti, pubblici o privati, esterni alla Compagnia, ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" quali:
 - intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione;
 - autorità finanziarie o giudiziarie, arbitri e mediatori, agenzie statali o enti pubblici, enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa, su richiesta e nei limiti consentiti dalla legge.

Un elenco aggiornato e completo dei suddetti soggetti o categorie di soggetti è disponibile presso la sede della Compagnia.

Il trattamento dei dati per tali finalità da parte della Compagnia e dei soggetti sopra indicati, non richiede di norma la prestazione del consenso da parte del Cliente.

(ii) Per l'esecuzione di un contratto di cui il Cliente è parte o per l'esecuzione di misure precontrattuali, adottate su sua richiesta

La Compagnia tratta i dati personali del Cliente per stipulare ed eseguire i relativi contratti, incluso:

- la definizione del profilo di rischio assicurativo del Cliente e dei costi a suo carico;
- la prestazione dei servizi assicurativi che riguardano il Cliente;
- la gestione dei Sinistri assicurativi, la relativa liquidazione e l'esecuzione delle Garanzie Assicurative;
- fornire al Cliente le informazioni richieste in merito ai contratti della Compagnia;
- l'assistenza e la risposta alle richieste;
- la valutazione della Compagnia della possibilità di offrire al Cliente un contratto di assicurazione e a quali condizioni.

Per tali finalità i dati del Cliente potranno inoltre essere trattati, quali autonomi titolari, da soggetti, pubblici o privati, esterni alla Compagnia, ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" quali:

- soggetti Terzi interessati dal contratto di assicurazione, nel rispetto di quanto previsto dal diritto nazionale applicabile, quali:
 - (i) i titolari del contratto, i sottoscrittori e gli assicurati, nonché i loro rappresentanti;
 - (ii) gli assegnatari di contratto o i beneficiari di surrogazione;
 - (iii) i soggetti responsabili di incidenti, le vittime, nonché i loro rappresentanti e i testimoni.
- alcuni professionisti regolamentati come operatori sanitari, avvocati, notai, trustee e auditor nonché periti e cliniche o strutture sanitarie.
- Società del Gruppo BNP Paribas.
- intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione.

Un elenco aggiornato e completo dei suddetti soggetti o categorie di soggetti è disponibile presso la sede della Compagnia.

Il trattamento dei dati per tali finalità da parte della Compagnia e dei soggetti sopra indicati, non richiede di norma la prestazione del consenso da parte del Cliente.



(iii) Per il perseguimento di legittimi interessi della Compagnia

La Compagnia tratta i dati personali del Cliente per realizzare, sviluppare e gestire i propri contratti di assicurazione, per migliorare la propria gestione del rischio e per tutelare i propri diritti legali, inclusi:

- prova del pagamento del Premio o del contributo;
- prevenzione delle frodi;
- adesione a contratti di coassicurazione o di riassicurazione;
- gestione IT, inclusa la gestione dell'infrastruttura (es. piattaforme condivise) e la continuità aziendale e la sicurezza IT;
- elaborazione di modelli statistici individuali, basati sull'analisi del numero e dell'incidenza delle perdite, ad esempio per aiutare a definire il punteggio di rischio assicurativo del Cliente;
- elaborazione di statistiche, test e modelli aggregati per la ricerca e lo sviluppo, al fine di migliorare la gestione del rischio del Gruppo societario della Compagnia o al fine di migliorare prodotti e servizi esistenti o crearne di nuovi;
- lancio di campagne di prevenzione, ad esempio creazione di alert in caso di calamità naturali o incidenti stradali;
- formazione del personale della Compagnia attraverso la registrazione delle telefonate ricevute ed effettuate dal suo call center;
- personalizzazione dell'offerta della Compagnia dedicata al Cliente e di quella delle altre società del Gruppo BNP Paribas attraverso:
 - miglioramento della qualità dei propri contratti assicurativi;
 - promozione dei propri contratti di assicurazione corrispondenti alla situazione e al profilo del Cliente.

Tale obiettivo può essere raggiunto:

- segmentando i potenziali e gli attuali clienti della Compagnia;
- analizzando le abitudini dei Clienti e le loro preferenze sui vari canali di comunicazione che la Compagnia rende disponibili (e-mail o messaggi, visite al sito web della Compagnia, ecc.);
- condividendo i dati personali dei Clienti con un'altra società del Gruppo BNP Paribas, in particolare se il Cliente è - o diventerà - cliente di un'altra società del Gruppo; e
- incrociando i dati raccolti dal contratto di assicurazione che il Cliente ha già sottoscritto o del quale ha ricevuto un'offerta, con altri dati che la Compagnia già tratta su di lui (es. la Compagnia potrebbe individuare che il Cliente ha dei figli ma non ha ancora sottoscritto un'assicurazione a copertura dell'intero nucleo familiare).
- organizzazione di competizioni a premi, lotterie o campagne promozionali.

I dati personali del Cliente potranno essere aggregati in statistiche anonime che potranno essere offerte alle società del Gruppo BNP Paribas per contribuire allo sviluppo della loro attività. In questo caso i dati personali del Cliente non verranno mai divulgati e coloro che riceveranno queste statistiche anonime non saranno in grado di accertare l'identità del Cliente stesso.

C. Categorie di destinatari dei dati personali

Per le finalità di cui ai precedenti punti 1, 2, e 3, i dati del Cliente potranno inoltre essere trattati, quali autonomi titolari, da soggetti, pubblici o privati, esterni alla Compagnia, ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" quali:

- intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione;
- altri assicuratori, ai co-assicuratori, ri-assicuratori e fondi di garanzia, SIM e società di gestione del risparmio; società di servizi per il quietanzamento, banche;
- Enti previdenziali se coinvolti in Sinistri assicurativi o quando la Compagnia fornisce prestazioni complementari alle prestazioni previdenziali;
- autorità finanziarie o giudiziarie, arbitri e mediatori, agenzie statali o enti pubblici, enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa, su richiesta e nei limiti consentiti dalla legge;
- società del Gruppo BNP Paribas.

Un elenco aggiornato e completo dei suddetti soggetti o categorie di soggetti è disponibile presso la sede della Compagnia.

Il trattamento dei dati per tali finalità da parte della Compagnia e dei soggetti sopra indicati, non richiede di norma la prestazione del consenso da parte del Cliente.

D. Modalità del trattamento

I dati saranno trattati con procedure prevalentemente informatizzate, potranno essere conosciuti da dipendenti e collaboratori della Compagnia autorizzati al trattamento e/o da partner di fiducia che svolgono attività tecniche ed organizzative per conto della stessa Compagnia, in qualità di responsabili del trattamento, e saranno conservati per la durata del contratto e, al suo termine, per i tempi previsti dalle norme in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, ed assicurativi (di norma, 10 anni).

Per le menzionate finalità i dati personali del Cliente potranno essere trasferiti al di fuori dello Spazio Economico Europeo (SEE) solo verso paesi per i quali la Commissione Europea abbia riconosciuto un livello adeguato di protezione dei dati o, in mancanza, sulla base dell'adozione delle clausole contrattuali standard approvate dalla Commissione Europea o di norme vincolanti d'impresa (per i trasferimenti infragruppo). Per richiedere una copia di tali garanzie o dettagli su dove siano consultabili, il Cliente può inviare una richiesta scritta ai recapiti di seguito indicati.



E. Diritti dell'interessato

Il Cliente ha i seguenti diritti:

- diritto di accesso: il Cliente può ottenere informazioni riguardanti il trattamento dei propri dati personali e una copia di tali dati personali.
- diritto di rettifica: laddove il Cliente ritenga che i suoi dati personali siano incompleti o inesatti, potrà richiedere che tali dati personali vengano integrati e modificati.
- diritto alla cancellazione: il Cliente può richiedere la cancellazione dei propri dati personali, nella misura consentita dalla legge.
- diritto alla limitazione del trattamento: il Cliente può richiedere la limitazione del trattamento dei propri dati personali.
- diritto di opposizione: il Cliente può opporsi al trattamento dei propri dati personali, per motivi connessi alla propria situazione particolare. Il Cliente ha il diritto di opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei propri dati personali per finalità di marketing diretto, compresa la profilazione nella misura in cui sia connessa a tale marketing diretto.
- diritto di revocare il suo consenso: qualora il Cliente abbia prestato il consenso al trattamento dei propri dati personali avrà sempre il diritto di revocare tale consenso in ogni momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.
- diritto alla portabilità dei dati: ove legalmente applicabile, il Cliente ha il diritto di ricevere i propri dati personali che ha fornito alla Compagnia o, laddove tecnicamente fattibile, richiedere che vengano trasferiti a Terzi.

F. Contatti

Se il Cliente desidera ricevere informazioni più dettagliate sul trattamento dei suoi dati personali effettuato alla Compagnia, può consultare il documento "Informativa sulla protezione dei dati personali" disponibile al seguente indirizzo web: www.bnpparibascardif.it (sezione "Privacy"). Tale Informativa contiene informazioni più specifiche inerenti al trattamento dei dati personali che la Compagnia, in qualità di titolare del trattamento dei dati, è tenuta a fornire al Cliente. Essa include le categorie di dati personali trattati, il loro periodo di conservazione, nonché i destinatari dei dati personali.

Per qualsiasi richiesta di informazioni o per esercitare i suoi diritti, il Cliente potrà contattare il Data Protection Officer (il "DPO", responsabile della protezione dei dati della Compagnia) a mezzo e-mail o posta ordinaria, ai seguenti recapiti:

Data Protection Officer

data.protection.italy@cardif.com

Pza Lina Bo Bardi, 3

20124 Milano

Il richiedente dovrà allegare una scansione/copia del suo documento di identità per finalità di identificazione.

In conformità alla normativa applicabile, oltre ai diritti di cui sopra, il Cliente ha anche il diritto di presentare un reclamo all'Autorità di Controllo competente.

G. Dati sensibili

In alcuni casi, per esempio quando denuncia un Sinistro, la Compagnia può talvolta richiedere al Cliente di fornire dati riguardanti il proprio stato di salute, rispetto ai quali è altresì richiesto al Cliente il rilascio di un consenso esplicito al trattamento. In tal caso il consenso rilasciato dal Cliente riguarda anche i trattamenti eventualmente posti in essere, quali autonomi titolari, dai soggetti privati esterni alla Compagnia necessariamente coinvolti in relazione alla gestione del rischio assicurato ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" (come intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione altri assicuratori, co-assicuratori, ri-assicuratori e fondi di garanzia, SIM e Società di gestione del risparmio, società di servizi per il quietanzamento, banche, organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, soggetti terzi interessati dal contratto di assicurazione - nel rispetto di quanto previsto dal diritto nazionale applicabile, enti previdenziali se coinvolti in Sinistri assicurativi o quando la Compagnia fornisce prestazioni complementari alle prestazioni previdenziali, partners commerciali, assicurativi e bancari, arbitri e mediatori, agenzie, professionisti regolamentati come operatori sanitari, avvocati, notai, trustee e auditor nonché periti e cliniche o strutture sanitarie), società del Gruppo BNP Paribas.

Il Cliente acconsente a che i dati personali riguardanti il proprio stato di salute possano essere trattati dalla Compagnia e dai soggetti sopra indicati esclusivamente per le finalità di gestione dell'Assicurazione.

Quando il Cliente compila il Questionario sanitario non cartaceo, l'emissione o la non emissione di un'offerta e le relative condizioni - in particolare in termini di coperture, importo del Premio ed eventuali formalità mediche aggiuntive - sono determinate automaticamente, sulla base delle risposte fornite dallo stesso Cliente. Ulteriori domande possono essere rivolte al Cliente ai fini di una valutazione del rischio più accurata che consideri il suo stato di salute (comprese le Malattie che riguardano il Cliente o gli incidenti subiti in passato).

Sulla base delle risposte del Cliente, può essere emessa un'offerta assicurativa. Il Premio e la copertura di questa offerta assicurativa possono essere modificati (aggiunta di alcune esclusioni, revoca di alcune coperture).

Il Cliente ha il diritto di contestare queste decisioni automatizzate rivolgendosi ad un membro del personale della Compagnia, che deve considerare il punto di vista del Cliente. Tale diritto è esercitato secondo quanto indicato nel presente articolo e nella Sezione 7 dell'Informativa sulla protezione dei dati personali disponibile all'indirizzo web già citato.



Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento di Polizza UNICA BNL

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 euro**.
Anna riceverà quindi un'**Indennità pari a 163 euro (80 euro 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 IN FORMA DIRETTA

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 IN FORMA 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 scoperto 20% e minimo euro 1.000. Ad es:
Costo intervento: euro 20.000
Scoperto: euro 4.000 (supera il minimo richiesto di euro 1.000)
Rimborso di Giulio: euro 16.000

GARANZIA "INDENNITÀ" – RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO

INTERVENTO CLASSE I INDENNIZZO EURO 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 euro 1.000**

GARANZIA "INFORTUNI" – INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

SOMMA ASSICURATA - EURO 100.000

Camilla subisce un Infortunio al menisco che le provoca un'invalidità permanente di grado pari al 41%.

Camilla riceverà un Indennizzo pari al 43% della Somma Assicurata di euro 100.000
Indennizzo di Camilla: euro 43.000

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 IN FORMA DIRETTA

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 IN FORMA RIMBORSUALE

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



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

Il Premio delle garanzie della Sezione I - Spese Mediche e Sezione II - 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 al lordo delle imposte.

SEZIONE I - Spese Mediche				SEZIONE II - CLINICHE PRIVATE			
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%
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%	63	4,32%	27	6,25%	63	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%



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

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
Garanzia acquistata:	Spese Mediche + Clinica Privata (Più Assistenza)
Età all'emissione:	50 anni
Premio all'emissione:	€ 128,70 + 2,00 € (Assistenza)= 130,70 €
Età al rinnovo:	51 anni
Premio al rinnovo:	€ 132,47 + 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 Principale (Luigi):	50 anni
Età all'emissione della Moglie:	45 anni
Età all'emissione del Figlio:	15 anni
Premio all'emissione:	€ 200,15 + 4,00 € (Assistenza)= 204,15 €
Età al rinnovo dell'Assicurato Principale (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%



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/espianto di pace maker temporaneo + eventuali riposizionamenti degli elettrocateretri 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
Esofagogastropastica-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
Laparocèle, 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	
Condillectomia (come unico intervento)	I
Condillectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, bilaterale	II
Condillectomia 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 bolloso, 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
Pleuropneumectomia	II
Pleurotomia e drenaggio (con resezione di una o più coste), intervento di	I
Pneumectomia, 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-carotide-vertebrale-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	
GASTROENTEROLOGIA	
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 uterale, 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
Linfadenectomia 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 addominale 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-pelviche-annessiali	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-pelviche-annessiali	I
Trattamento chirurgico demolitivo laparotomico per gravidanza extrauterina	I
Trattamento chirurgico demolitivo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	I
Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per	II
Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per	I
Vulvectomia parziale	I
Vulvectomia parziale con linfadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di	I
Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia 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
Scheggectomia 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
IRIDE	
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
SOPRACCIGLIO	
TRATTAMENTI LASER	
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
Artroli: 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 meniscali, 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. Tichor-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 mucocele	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 transmastoidea	II
Ascesso extradurale, apertura per via transmastoidea	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
Stapedectomia	II
Stapedotomia	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
Cordectomia (anche laser)	II
Diaframma laringeo, escissione con ricostruzione plastica	I
Laringectomia parziale	II
Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale	II
Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale	II
Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale	II
Laringocele	I
Laringofaringectomia totale	II
UROLOGIA	
ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA	
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 (nefrotomia 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
Incontinenza 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
Ureterectomia 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 prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder	II
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa	II
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia 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	Percentuale di invalidità permanente	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	63%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita anatomica o atrofica del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%	
Altre menomazione della facoltà visiva (vedasi relativa tabella sottostante All.2)	-	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticaria: a) con possibilità di applicazione di protesi efficace b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	30%
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	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%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio: a) per la disarticolazione scapolo-omerale b) per amputazione al terzo superiore	85%	75%
	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%	63%
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%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	

Pagina 61 di 63



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

Tipologia di Sinistro	Percentuale di invalidità permanente	
	Destro	Sinistro
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	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%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
Perdita totale del solo alluce	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%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	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 mancinità, 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.

Pagina 62 di 63

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. In caso di afachia monolaterale con visus corretto:

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%

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.





POLIZZA UNICA BNL
MODULO DI POLIZZA

Polizza n° _____ Codice Sportello _____ Codice prodotto _____

Data di Decorrenza della Copertura/Data di primo addebito del Premio: gg/mm/aaaa

Data di Scadenza della Copertura: gg/mm/aaaa

Dati del Contraente Persona Fisica

Cognome e nome _____ Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

Indirizzo e civico residenza _____ Comune residenza _____ Prov. _____ CAP _____

Indirizzo e civico di recapito (domicilio eletto se diverso dalla residenza) _____ Comune di recapito _____ Prov. _____ CAP _____

Documento identità nr. _____ Tipo documento° _____

Rilasciato da _____ Luogo e data rilascio _____

° 01=carta d'identità; 02=patente di guida; 03=passaporto; 04=porto d'armi; 05=tessera postale; 06=altro

Dati relativi all'eventuale curatore, tutore o altra persona dotata dei necessari poteri di firma

Cognome e nome _____ Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

Indirizzo e civico residenza _____ Comune residenza _____ Prov. _____ CAP _____

Indirizzo e civico di recapito (domicilio eletto se diverso dalla residenza) _____ Comune di recapito _____ Prov. _____ CAP _____

Documento identità nr. _____ Tipo documento° _____

Rilasciato da _____ Luogo e data rilascio _____

° 01=carta d'identità; 02=patente di guida; 03=passaporto; 04=porto d'armi; 05=tessera postale; 06=altro

Rapporto con il Contraente

Curatore ___ Tutore ___ Altra persona dotata necessari poteri di firma (specificare ruolo) _____

Dati del Contraente Persona Giuridica

Denominazione Sociale _____ Partita IVA/ Codice Fiscale _____ Stato _____

Indirizzo e n° civico _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____
sede legale

Dati del Legale Rappresentante

Cognome e nome _____ Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

Documento identità nr. _____ Tipo documento° _____

Mod: SNFBNL0320

Copia per BNL/Compagnia/Cliente





Rilasciato da

Luogo e data rilascio

° 01=carta d'identità; 02=patente di guida; 03=passaporto; 04=porto d'armi; 05=tessera postale; 06=altro

Dati del Titolare Effettivo (se diverso da Rappresentante Legale)

Cognome e nome

Codice Fiscale

Cittadinanza

Data di nascita

Luogo di nascita

Prov.

Indirizzo e civico residenza

Comune residenza

Prov.

CAP

Dati dell'Assicurato 1 – Assicurato Principale

Cognome e nome

Codice Fiscale

Cittadinanza

Data di nascita

Luogo di nascita

Prov.

Indirizzo e civico residenza

Comune residenza

Prov.

CAP

Dati dell'Assicurato 2 – Assicurato Aggiuntivo

Cognome e nome

Codice Fiscale

Cittadinanza

Data di nascita

Luogo di nascita

Prov.

Indirizzo e civico residenza

Comune residenza

Prov.

CAP

Dati dell'Assicurato 3 – Assicurato Aggiuntivo

Cognome e nome

Codice Fiscale

Cittadinanza

Data di nascita

Luogo di nascita

Prov.

Indirizzo e civico residenza

Comune residenza

Prov.

CAP

Dati dell'Assicurato 4 – Assicurato Aggiuntivo

Cognome e nome

Codice Fiscale

Cittadinanza

Data di nascita

Luogo di nascita

Prov.

Indirizzo e civico residenza

Comune residenza

Prov.

CAP

Dati dell'Assicurato 5 – Assicurato Aggiuntivo

Cognome e nome

Codice Fiscale

Cittadinanza

Data di nascita

Luogo di nascita

Prov.

Indirizzo e civico residenza

Comune residenza

Prov.

CAP

Copia per BNL/Compagnia/Cliente





.....
 Cognome e nome Codice Fiscale Cittadinanza

 Data di nascita Luogo di nascita Prov.

 Indirizzo e civico residenza Comune residenza Prov. CAP

Dati relativi all'eventuale curatore, tutore o altra persona dotata dei necessari poteri di firma

.....
 Cognome e nome Codice Fiscale Cittadinanza

 Data di nascita Luogo di nascita Prov.

 Indirizzo e civico residenza Comune residenza Prov. CAP

.....
 Indirizzo e civico di recapito (domicilio eletto se diverso dalla residenza) Comune di recapito Prov. CAP

.....
 Documento identità nr. Tipo documento°

.....
 Rilasciato da Luogo e data rilascio

° 01=carta d'identità; 02=patente di guida; 03=passaporto; 04=porto d'armi; 05=tessera postale; 06=altro

Rapporto con l'Assicurato minorene
 Curatore__Tutore__Altra persona dotata necessari poteri di firma (specificare ruolo)

Dati della copertura assicurativa

Premio Annuo

SPESE MEDICHE 145.00
 €
 CLINICA PRIVATA 200.00
 €
 INDENNITÀ ///
 €
 INFORTUNI ///
 €
 DENTAL ///
 €
 ASSISTENZA 20.00
 €

.....
 Totale Premio annuo.....€ 365.00
 Sconti abbinamento garanzie€ - 25.00
 Sconti nucleo familiare.....€ - 20.00

Totale Premio Annuo Scontato€ 320.00
 Di cui Imposte Assicurative € 9.14

Copia per BNL/Compagnia/Cliente





Importo Mensile del Premio Annuo scontato 26.66
 Di cui Imposte Assicuratrici € 0.76

Le imposte assicuratrici sono state calcolate su un Premio Imponibile per Euro 292.68 al 2,5% (ramo infortuni e malattia) e per Euro 18.18 al 10% (ramo assistenza)

Pagamento del premio: annuale mensile

Dichiarazioni del Contraente

Con l'apposizione della firma in calce il Contraente:

- i) dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione, di aver letto e ben compreso la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti - Allegato 3 del Reg. IVASS n. 40/2018; un documento conforme all'Allegato 4 del Reg. IVASS n. 40/2018 e la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni (set informativo) (mod. SNFBNL0119, edizione Gennaio 2019);
- ii) dichiara che gli è stato richiesto di fornire una serie di informazioni ritenute necessarie per valutare la coerenza della Polizza alle sue richieste ed esigenze di copertura assicurativa;
- iii) **dichiara di essere consapevole che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese per la conclusione del contratto possono compromettere in tutto o in parte il diritto alla Prestazione;**
- iv) conferma di voler sottoscrivere la Polizza UNICA BNL;
- v) qualora persona giuridica, dichiara, di non intrattenere rapporti economici o commerciali, diretti o indiretti, con persone fisiche residenti in Siria, Sudan, Cuba, Iran, Nord Corea, Regione Crimea e Sebastopoli oppure con persone giuridiche aventi sede negli Stati indicati loro società/entità controllate o partecipate;

AVVERTENZA: prima della sottoscrizione del Questionario Sanitario, il soggetto legittimato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario medesimo.

Luogo e Data

Il Contraente

.....

Il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificamente ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 1341 e 1342 del codice civile le condizioni concernenti la copertura assicurativa ed, in particolare: Art. 3. A quali condizioni operano le Garanzie Assicuratrici?; 3.2 Condizioni in corso di Assicurazione; Art. 6. Quali eventi sono esclusi dalle Garanzie Assicuratrici?; Art. 11. Come si calcola e come si paga il Premio?; Art. 12. Cosa succede in caso di modifica del Premio e delle Condizioni di Assicurazione?; Art. 14. Si può recedere dall'Assicurazione?; Art. 16. Quali obblighi ulteriori ha l'Assicurato?; Art. 24. Come si denuncia un Sinistro?; Art. 25. Quando sarà pagato l'Indennizzo?

Luogo e Data

Il Contraente

.....

Consenso al trattamento dei dati personali

Il Contraente dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita, ai sensi del Regolamento Generale (UE) sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (il "GDPR"), da Cardif Assurances Risques Divers – Rappresentanza generale per l'Italia tramite l'art 27 delle Condizioni di Assicurazione e il documento "Informativa sulla protezione dei dati personali" ivi richiamato, che si impegna a rendere nota agli altri interessati. Con la sottoscrizione in calce, esprime dunque il proprio consenso al trattamento dei dati personali - ivi compresi quelli appartenenti a categorie particolari ai sensi dell'art. 9 del GDPR, ove necessario per i servizi richiesti come specificato nell'informativa ricevuta - effettuato da parte della Compagnia e di tutti i soggetti diversi indicati nell'informativa, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa stessa.

Luogo e Data

Il Contraente

.....

Modalità di pagamento dei premi

Il sottoscritto _____ titolare e/o cointestatario del conto corrente sotto indicato autorizza la Banca Nazionale del Lavoro S.p.A., ad addebitare sullo stesso conto corrente il premio periodico.

IBAN

Intestatario

Firma del Titolare

.....



od. SNFBNL0320
CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

Copia per BNL/Campagna/Cliente
bnpparibascardif.it