

POLIZZA DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA

POLIZZA SALUTE

All Well Cassa BiSALUS

Polizza danni di durata annuale dedicata alla protezione della salute delle persone.

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

- IL DIP DANNI
- IL DIP AGGIUNTIVO DANNI
- IL GLOSSARIO
- LE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
- IL FAC-SIMILE DELLA POLIZZA

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA.

DATA DI REDAZIONE DEL PRESENTE SET INFORMATIVO 11/2023

“PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI”

Documento redatto secondo le linee guida “Contratti Semplice e Chiari”.



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

Che tipo di Assicurazione è?

È una Polizza collettiva danni dedicata alle Aziende Associate alla Cassa di Assistenza Bi Salus, a protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone.



Che cosa è assicurato?

In base al Piano Assicurativo prescelto dall'Azienda Associata in funzione della categoria di appartenenza del Dipendente, la polizza riconosce diverse forme di copertura per prestazioni sanitarie rese necessarie da Malattia o Infortunio, accaduto successivamente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa suddivise in:

- ✓ **Garanzie Ospedaliere**, quali il **Rimborso delle spese** sostenute dall'Assicurato, in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (compreso il parto e l'aborto terapeutico), Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale; un'**indennità giornaliera**, in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (compreso il parto e l'Aborto Terapeutico), Day Hospital / Day Surgery; un'**indennità giornaliera da gessatura**, in caso d'Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza, con o senza ricovero in Istituto di Cura; altre spese ospedaliere quali vitto e pernottamento dell'accompagnatore, trasporto dell'Assicurato e rimpatrio della salma.
- ✓ **Garanzia Extraospedaliere**, quali il rimborso delle spese per **alta diagnostica, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio, trattamenti fisioterapici e rieducativi da infortunio**; il pagamento diretto una volta all'anno a titolo di **prevenzione**, degli esami diagnostici (**Check Up**) indicati in polizza; il rimborso per l'acquisto di **lenti e occhiali o lenti a contatto correttive**; il rimborso delle spese per **cure dentarie da infortunio e da malattia, e prevenzione dentaria; le cure oncologiche in regime extraospedaliero**.

I massimali sono prestabiliti in polizza a seconda dell'opzione scelta e sono applicati per Anno assicurativo e per persona o Nucleo Familiare.



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili:

- ✗ Le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.
- ✗ Le persone non stabilmente residenti in Italia.
- ✗ Gli Assicurati che NON risultano Dipendenti dell'Azienda Associata, e non appartengano a una tra le seguenti categorie di Dipendenti: "Membri del Consiglio di Amministrazione (CdA)", "Dirigenti", "Quadri/Funzionari", "Impiegati/Operai"
- ✗ Gli Assicurati che al momento dell'ingresso in garanzia abbiano un'età superiore a 70 anni.
- ✗ Le persone che non fanno parte del medesimo Nucleo Familiare del Dipendente e che non siano il coniuge (fiscalmente e non fiscalmente a carico) o gli uniti civilmente (fiscalmente e non fiscalmente a carico) o il convivente more uxorio, i figli fiscalmente a carico, anche non conviventi o i figli non fiscalmente a carico, ma conviventi (fino al 26° anno di età incluso).

Inoltre:

- ✗ alla scadenza dell'Assicurazione, l'età massima all'uscita non può essere superiore ai 75 anni compiuti,
- ✗ alla scadenza annuale successiva al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, l'Assicurazione cessa per il Dipendente che ha raggiunto tale età e per il suo Nucleo Familiare.

L'Assicurazione non è operante per:

- ✗ le prestazioni:
 - non specificatamente incluse nelle garanzie Ospedaliere o Extra Ospedaliere descritte nelle Condizioni di assicurazione e ricomprese nel Piano Assicurativo indicato nel Certificato di Polizza;
 - senza l'indicazione della diagnosi accertata o sospetta (per la sola garanzia "Prevenzione - Check Up" non è richiesta alcuna diagnosi);



Che cosa non è assicurato?

- effettuate per familiarità o predisposizione genetica;
- non effettuate presso Istituti di Cura, Centri Medici o da medici specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;
- 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;
- necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- ✗ qualsiasi malattia che sia correlata direttamente o indirettamente all'H.I.V.;
- ✗ le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti Fisici o Malformazioni Congenite preesistenti alla data di decorrenza dell'Assicurazione, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore ai 3 anni assicurati dalla nascita;
- ✗ le cure e gli accertamenti odontoiatrici, le protesi dentarie e le cure ortodontiche, se non ricomprese nel Piano Assicurativo prescelto;
- ✗ le spese per prestazioni di routine e/o controllo (ad esempio: visita ginecologica, oculistica, pediatrica), i vaccini, le prestazioni di medicina generale, ad eccezione delle sole prestazioni previste nella garanzia "Prevenzione - Check Up";
- ✗ le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
- ✗ le spese per prestazioni di agopuntura, logopedia, se non ricomprese nel Piano Assicurativo prescelto;
- ✗ i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria da questi disturbi, gli interventi di Chirurgia Bariatrica per curare l'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III grado (indice di massa corporea uguale o superiore a 40), nonché le prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica;
- ✗ le prestazioni e gli interventi non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia e Infortunio;
- ✗ i trattamenti psicoterapici e le spese per prestazioni rese necessarie da Malattia Mentale, e loro complicanze e conseguenze;
- ✗ i Ricoveri Impropri;
- ✗ i Ricoveri per Lungodegenza;
- ✗ i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di Medicina Sperimentale e Medicina Alternativa;
- ✗ l'interruzione volontaria della gravidanza;
- ✗ le applicazioni di carattere estetico;
- ✗ i trattamenti/interventi di chirurgia plastica, salvo che siano effettuati:
 - a scopo ricostruttivo, anche estetico, per neonati fino a tre anni di età compiuti;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi per neoplasia maligna;
- ✗ 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, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
 - qualsiasi atto di terrorismo;
 - terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- ✗ gli Infortuni, le patologie, 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 o ebrezza alla guida di veicoli in genere (come definito dal Codice della Strada), o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
 - derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
 - derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), rafting, canoa fluviale, guidoslitta, kitesurf, snowkite, arrampicata libera (freeclimbing), discesa con skeleton, bob, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), football americano, hockey a rotelle e su ghiaccio, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, mountain bike e "downhill".
- ✗ Esclusioni della Garanzia Ospedaliera "Indennità sostitutiva": l'Indennità Sostitutiva non è riconosciuta in caso di permanenza nei locali del Pronto Soccorso/astanteria qualora ad essa non consegua il Ricovero nella medesima struttura sanitaria.
- ✗ Esclusioni della Garanzia Ospedaliera "Indennità giornaliera da gessatura": Non sono coperte dall'Assicurazione le fratture ossee di un singolo dito del piede o della mano e delle ossa nasali.
- ✗ Esclusioni della Garanzia Extra Ospedaliera "Cure dentarie da infortunio": sono escluse le spese per cure ortodontiche.
- ✗ Esclusioni della Garanzia Extra Ospedaliera "Lenti / Occhiali":
 - sono escluse le lenti estetiche ;
 - le spese relative a liquidi per la pulizia e simili (quando anche comprese sulla medesima fattura di spesa di lenti e occhiali).



Ci sono limiti di copertura?

Per tutte le garanzie sono previste limitazioni ed esclusioni.

Se esplicitato nel Certificato di Assicurazione le Garanzie saranno operanti ed effettive, salvo le esclusioni:

- ! per gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- ! per le Malattie: dal 120° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- ! per il parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- ! per le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e l'Aborto Terapeutico: dal 120° 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;

Eventuali Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami durante il periodo di carenza saranno coperte dall'Assicurazione successivamente a tale periodo ferme comunque le esclusioni previste in Polizza.



Dove vale la copertura

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole garanzie, l'Assicurazione è valida in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Prima dell'adesione alla copertura assicurativa, il Contraente ha l'obbligo di consegnare all'Assicurato, e per lui ai suoi aventi causa, i seguenti documenti:

- a) Set Informativo;
- b) Informativa Privacy (consenso al trattamento dei dati personali);
- c) Istruzioni per accedere all'app per la denuncia sinistri.

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso all'Assicuratore tempestivamente e fornire la documentazione richiesta e conservare le tracce e gli indizi del sinistro.

Per fornire all'Assicurato informazioni relative alle coperture, alla modalità di attivazione delle prestazioni e del Sinistro (denuncia e stato lavorazione) e all'attivazione del Regime Diretto l'Assicuratore si avvale della Centrale Operativa di MyAssistance.

In caso di Sinistro l'Assicurato deve quindi darne avviso alla Struttura Operativa di MyAssistance che può essere contattata per telefono: 02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle h. 8.30 alle h. 18.00 (da contattare anche per chiarimenti) o per e-mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it. L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se ha utilizzato le Strutture Convenzionate ed è stato preventivamente autorizzato dalla Struttura Operativa di MyAssistance, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

Il Contraente e/o l'Azienda Associata hanno l'obbligo di dare informazioni veritiere, corrette e complete per un'esatta valutazione del Rischio da parte dell'Assicuratore. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.



Quanto e come devo pagare?

Il contratto prevede la corresponsione di un Premio che deve essere pagato in rate annuali, senza possibilità di frazionamento. Per ogni Assicurato, il Premio è determinato: per periodi di assicurazione di un anno, in base al Piano Assicurativo scelto e in base alla forma di copertura combinazione "SINGLE" o "NUCLEO FAMILIARE".

Nei casi di passaggio, in corso di anno, dalla combinazione "SINGLE" alla combinazione per "NUCLEO FAMILIARE" si procede a conguaglio di Premio secondo le norme previste in Polizza.

Il Contraente può versare i premi mediante ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario l'Intermediario cui è assegnata la polizza.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha durata annuale con tacito rinnovo. L'assicurazione ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, fatti salvi gli eventuali termini di carenza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso.



Come posso disdire la polizza?

Il Contraente può impedire il rinnovo automatico della polizza inviando alla Società richiesta di disdetta, mediante lettera raccomandata, almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

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

Compagnia: Net Insurance S.p.A.

Prodotto: All Well Cassa Bi Salus

Data ultimo aggiornamento: 02/2025

Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo 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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Net Insurance S.p.A. - Società per Azioni fa parte del Gruppo Assicurativo Poste Vita – Albo Gruppi Assicurativi IVASS n.43 -Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4, 00161 Roma, Tel. 06 89326.1 - Fax 06 89326.800; Sito internet: www.netinsurance.it; Email: info@netinsurance.it; PEC: netinsurance@pec.netinsurance.it

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nei rami danni di cui ai Provvedimenti IVASS n. 1756 del 18/12/2000, n. 2131 del 4/12/2002, n.2444 del 10/7/2006, n. 3213000422 del 9/4/2013, n. 231077 del 20/12/2017 e n. 0297134/23 del 22/12/2023. Iscritta all'Albo delle imprese IVASS n. 1.00136

Il patrimonio netto di **Net Insurance S.p.A.** ammonta € 98.621.883 e il risultato economico di periodo ammonta a € 8.955.594. L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 181,64%.

Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2024 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: <http://www.netinsurance.it>

Al contratto si applica la legge italiana.



Che Cosa è assicurato?

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono espresse di seguito maggiori informazioni.

ALL WELL CASSA BI SALUS è una Polizza dedicata alla protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone.

È un prodotto con il quale Cassa di Assistenza Bi SALUS, in qualità di Contraente, al fine di garantire e tutelare al meglio i propri assistiti, ha stipulato con Net Insurance S.p.A. la Convenzione n. 869 per offrire una copertura assicurativa sanitaria a favore dei Dipendenti delle Aziende Associate a Bi SALUS.

ALL WELL CASSA BI SALUS garantisce la copertura delle Spese Mediche in caso di Malattia o Infortunio, quest'ultimo accaduto successivamente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, ad un gruppo intero ed omogeneo di Assicurati ai quali possa essere abbinato lo stesso Piano Assicurativo.

Più precisamente tale Assicurazione presuppone:

- un unico contratto per tutte le singole coperture che assicurano le persone fisiche che lavorano alle dipendenze dell'Azienda Associata;
- che tale contratto garantisca tutti ed esclusivamente i Dipendenti dell'Associato, nonché il relativo Nucleo Familiare.

Ciascun Associato stabilisce, preventivamente all'emissione della Polizza, se attivare quest'ultima anche per i familiari del Dipendente, l'adesione sarà obbligatoria per tutti i componenti del Nucleo Familiare.

Sono assicurabili le persone fisiche che risultano Dipendenti dell'Azienda Associata, più precisamente le seguenti categorie di Dipendenti: "Membri del Consiglio di Amministrazione (CdA)", "Dirigenti", "Quadri/Funzionari", "Impiegati/Operai"

Ciascuna Azienda Assicurata stabilisce, preventivamente all'emissione della Polizza, se attivare quest'ultima anche per i familiari del Dipendente, l'adesione sarà obbligatoria per tutti i componenti del Nucleo Familiare.

Le coperture assicurative sono prestate in una delle seguenti Combinazioni:

- "SINGLE": solo per i Dipendenti, i Massimali per Anno Assicurato, saranno interamente prestati a favore del Dipendente;
- "NUCLEO FAMILIARE": per i Dipendenti con Nucleo Familiare, i Massimali per Anno Assicurativo s'intendono applicati per tutto il Nucleo Familiare

Ogni categoria di Dipendente all'interno della stessa Polizza deve avere il medesimo Piano Assicurativo.

Le coperture si dividono in Garanzie Ospedaliere e Garanzie Extraospedaliere e variano per Piano Assicurativo.

GARANZIE

La copertura assicurativa riconosce nei limiti dei Massimali e delle Condizioni di Assicurazione, il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per prestazioni sanitarie, rese necessarie da Malattia (compreso il parto e l'Aborto Terapeutico) o Infortunio (quest'ultimo accaduto successivamente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione o del successivo ingresso in copertura), eseguite e fatturate prima dalla data di cessazione dell'Assicurazione.

Si intendono operanti esclusivamente le garanzie indicate nel Piano Assicurativo prescelto dall'Azienda Associata con i Massimali, Scoperti, Franchigie e limiti di Rimborso dalla medesima previsti.

I Piani Assicurativi sono richiamati sul Certificato di Assicurazione.

Qualora non diversamente indicato:

- I Massimali e i limiti si applicano per Nucleo Familiare e per Anno Assicurativo;
- gli Scoperti/Franchigie per Evento.

GARANZIE OSPEDALIERE

✓ Le Garanzie Ospedaliere sono indicate all'art. 29 delle Condizioni di Assicurazione da pag. 12 a pag. 15 e più precisamente:

GARANZIA	RIFERIMENTO NORMATIVO
✓ Ricovero con o senza Intervento chirurgico, Day Hospital / Day Surgery ed Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Art. 29 lettera "a" a pagina 12
✓ Parto Cesareo / Aborto Terapeutico	Art. 29 lettera "b" a pagina 13
✓ Parto Fisiologico	Art. 29 lettera "c" a pagina 13
✓ Interventi plafonati	Art. 29 lettera "d" a pagina 13
✓ Indennità Sostitutiva	Art. 29 lettera "e" a pagina 14
✓ Indennità Giornaliera	Art. 29 lettera "f" a pagina 15
✓ Indennità Giornaliera da Gessatura	Art. 29 lettera "g" a pagina 15
✓ Altre spese ospedaliere ricomprese	Art. 29 a pagina 15

GARANZIE EXTRA OSPEDALIERE

✓ Le Garanzie Extra Ospedaliere sono indicate all'art. 29 delle Condizioni di Assicurazione da pag. 16 a pag. 18 e più precisamente:

GARANZIA	RIFERIMENTO NORMATIVO
✓ Alta Diagnostica	Art. 29 lettera "h" a pagina 16
✓ Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio	Art. 29 lettera "i" a pagina 17
✓ Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi da Infortunio	Art. 29 lettera "j" a pagina 17
✓ Cure dentarie da Infortunio	Art. 29 lettera "k" a pagina 17
✓ Cure dentarie da Malattia	Art. 29 lettera "l" a pagina 17
✓ Prevenzione dentaria	Art. 29 lettera "m" a pagina 18
✓ Lenti / Occhiali	Art. 29 lettera "n" a pagina 18
✓ Cure Oncologiche in regime extraospedaliero	Art. 29 lettera "o" a pagina 18
✓ Prevenzione – Check Up	Art. 29 lettera "p" a pagina 18

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI

Sono previsti a seconda della categoria di appartenenza del Dipendente Piani Assicurativi che prevedono la forma di copertura completa o integrativa.

Copertura in forma completa: La copertura in forma completa opera a primo rischio

Copertura in forma integrativa: La copertura in forma integrativa opera esclusivamente a secondo rischio, pertanto l'Assicurato ha sempre l'obbligo di richiedere preventivamente al Fondo di categoria (FASI, FASDAC, QUAS o altri Fondi equivalenti) il Rimborso delle spese sostenute per le prestazioni sanitarie, oggetto del contratto.

Le modalità di rimborso variano per categoria, come indicato all'art. 31 a pagina 20 delle Condizioni di Assicurazione.



Che Cosa NON è assicurato?

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte di seguito maggiori informazioni.

✗ **Esclusioni** della Garanzia Extra Ospedaliera "Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio":

- sono escluse le analisi di laboratorio e gli accertamenti diagnostici elencati alla Garanzia Ospedaliera Alta Diagnostica;
- sono esclusi gli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da Infortunio, test di gravidanza, ecografie di controllo della gravidanza, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio per Covid-19, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: tampone molecolare/PCR real time, tampone antigenico, test sierologico;

- Tra gli onorari medici per Visite Specialistiche, sono escluse le:
 - visite pediatriche di controllo,
 - visite ginecologiche per controllo/monitoraggio della gravidanza
 - visite odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio;
- è esclusa l'Agopuntura, resa necessaria da Malattia o Infortunio, se non è prescritta da medico specialista e praticata da medico regolarmente iscritto all'Albo;
- è esclusa la logopedia resa necessaria da Infortunio o Malattia, se non è effettuata e fatturata da Istituto di Cura, o Centro Medico oppure da medico specialista;
- è escluso il rimborso dei prodotti omeopatici come medicinali.



Ci sono limiti di copertura?

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte di seguito maggiori informazioni.

- ✓ Le tabelle riepilogative dei limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti per ogni Piano Assicurativo, sono indicate all'art. 32 delle Condizioni di Assicurazione da pag. 20 a pag. 37 e più precisamente:

PIANO ASSICURATIVO	RIFERIMENTO NORMATIVO
Base Livello 1 (copertura in forma completa) – Indennitaria	Art. 32 a pagina 21
Base Livello 2 (copertura in forma completa) – Rimborso Spese Mediche	Art. 32 da pagina 22 a pagina 23
Base Livello 3 (copertura in forma completa) – Rimborso Spese Mediche	Art. 32 da pagina 24 a pagina 25
Pro Livello 1 (copertura in forma completa e integrativa) – Rimborso Spese Mediche	Art. 32 da pagina 26 a pagina 27
Pro Livello 2 (copertura in forma completa e integrativa) – Rimborso Spese Mediche	Art. 32 da pagina 28 a pagina 29
Pro Livello 3 (copertura in forma integrativa) – Rimborso Spese Mediche	Art. 32 da pagina 30 a pagina 31
Pro Livello 4 (copertura in forma integrativa) – Rimborso Spese Mediche	Art. 32 da pagina 32 a pagina 33
Executive (copertura in forma completa) – Rimborso Spese Mediche	Art. 32 da pagina 34 a pagina 35
Executive 3 Admin (copertura in forma completa) – Rimborso Spese Mediche	Art. 32 da pagina 36 a pagina 37

- ✓ La **Garanzia Ospedaliera "interventi plafonati"** prevede il Rimborso delle spese fino al limite del submassimale indicato nella tabella indicata all'art. 29 lettera "d", a pagina 13 delle Condizioni di Assicurazione.
I submassimali o "plafond" indicati nella tabella, comprendono tutte le spese (inclusa retta di degenza) fatte durante il periodo di Ricovero con Intervento Chirurgico, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale. Le spese relative alle prestazioni PRE e POST non rientrano nel submassimale o "plafond", ma vengono rimborsate con l'applicazione di Scoperti/Franchigie come da Piano Assicurativo prescelto e fermi i Massimali/Limiti per Anno Assicurativo.
- ✓ La **Garanzia Extra Ospedaliera "Prevenzione – Check Up"** prevede che l'Assicurato potrà effettuare i check-up per la prima volta nel corso del secondo anno di copertura con lo stesso Assicuratore e, successivamente, con cadenza biennale a condizione che la Polizza sia stata rinnovata e che la persona sia Assicurata. Il primo check-up è totalmente a carico dell'Assicuratore. Per i successivi check-up è prevista l'applicazione di una Franchigia di € 50,00.



A chi è rivolto questo prodotto

La Polizza ALL WELL CASSA BI SALUS è dedicata alle Aziende Associate alla Cassa di Assistenza Bi SALUS, che vogliono proteggere le persone fisiche che lavorano alle proprie dipendenze ed eventualmente le persone facenti parte del Nucleo Familiare del Dipendente, dai rischi attinenti alla salute.

Il prodotto è rivolto alle Aziende che intendono assicurare con un unico contratto a contraenza della Cassa di Assistenza Bi SALUS le persone fisiche che risultano Dipendenti dell'Azienda Associata e che risultino (compresi i componenti del relativo Nucleo Familiare):

- stabilmente residenti in Italia,
- con età massima all'ingresso pari a 70 anni ed in uscita pari a 75 anni,
- non affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.



Quali costi devo sostenere?

Sul Premio pagato, incidono i seguenti costi per l'intermediazione assicurativa, a carico del Contraente:

- quota parte del premio imponibile in valore percentuale, percepita in media per l'intermediazione assicurativa pari al 14,00%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione o dell'Intermediario assicurativo con cui si entra in contatto, devono essere preliminarmente presentati per iscritto (posta, fax, email/PEC) all'Ufficio Reclami secondo le seguenti modalità: PEC: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it Posta: NET INSURANCE S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 ROMA Sarà cura della Compagnia di assicurazioni fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo OPPURE diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile oppure - al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- Laddove espressamente previsto dalle Condizioni di Assicurazione, per controversie relative alla determinazione del valore del danno o alle conseguenze di natura medica di un Sinistro, che verranno devolute ai consulenti tecnici nominati da ciascuna delle Parti. Per attivare la procedura è necessario comunicare alla Compagnia di assicurazioni la volontà di dare avvio alla stessa. La Compagnia di assicurazioni provvederà a dare riscontro al richiedente indicando il nominativo del proprio consulente tecnico e la Procedura seguirà le modalità espressamente indicate nella relativa previsione di Polizza. - Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente ossia quello in cui ha sede l'impresa che ha stipulato il contratto (rintracciabile all'indirizzo http://www.ec.europa.eu/odr) attivando la procedura FIN - NET oppure direttamente all' IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Il presente contratto è soggetto all'imposta sui premi di assicurazione vigente in Italia. Alla data di redazione del presente documento l'imposta è pari al 2,50% del premio. Le prestazioni assicurate non sono soggette a tassazione.
Cos'è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link: https://www.netinsurance.it/comunicazioni/diritto-alloblio-oncologico/
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente.

	Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.
--	--

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

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE ED ALL'ASSICURATO (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA.



Sommario

GLOSSARIO	2
PREMESSA	6
Convenzione Collettiva	6
Clausola Distributore	6
A. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE	7
Art. 1 – Copertura collettiva “All Well – Bi Salus”	7
Art. 2 – Effetto, durata e disdetta del contratto	7
Art. 3 – Persone assicurabili	7
Art. 4 – Piani Assicurativi e forme di copertura	7
Art. 5 – Limiti di età	8
Art. 6 – Persone non assicurabili	8
Art. 7 – Termini di Carenza	8
Art. 8 – Comunicazione del Contraente e decorrenza dell'Assicurazione	9
Art. 9 – Determinazione del Premio	9
Art. 10 – Obblighi del Contraente – Pagamento del Premio	10
Art. 11 – Mancato pagamento del Premio	10
Art. 12 – Riservatezza	10
Art. 13 – Modifiche della Convenzione	10
Art. 14 – Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio	10
Art. 15 – Altre assicurazioni	10
Art. 16 – Assicurazione per conto altrui	11
Art. 17 – Estensione territoriale	11
Art. 18 – Rinuncia alla rivalsa	11
Art. 19 – Forma delle comunicazioni	11
Art. 20 – Aggravamento del Rischio	11
Art. 21 – Diritto di recesso	11
Art. 22 – Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente	11
Art. 23 – Oneri fiscali	11
Art. 24 – Limite massimo dell'Indennizzo	11
Art. 25 – Rinvio alle norme di legge	11
Art. 26 – Legge applicabile	11
Art. 27 – Termine di Prescrizione	11
Art. 28 – Obblighi di consegna a carico del Contraente	12
B. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	12
Art. 29 – Garanzie	12
Art. 30 – Esclusioni	19
Art. 31 – Copertura in forma integrativa	20
Art. 32 – Piani Assicurativi	20
C. GESTIONE DEL SINISTRO	38
Art. 33 – Recapiti	38
Art. 34 – Responsabilità	38
Art. 35 – Denuncia di Sinistro	38
Art. 36 – Restituzione delle somme indebitamente pagate	39
Art. 37 – Modalità di erogazione delle prestazioni	39
Art. 38 – Modalità e documentazione da inviare per la denuncia Sinistro	40
Art. 39 – Pagamento dei Sinistri a Rimborso	41



GLOSSARIO

Per una corretta comprensione delle Condizioni di Assicurazione, consultare il significato convenzionale attribuito ai termini che seguono.

I termini che nel presente contratto sono indicati con la lettera iniziale maiuscola assumono il significato di seguito riportato.

I termini espressi al singolare valgono anche al plurale e viceversa.

Aborto terapeutico

Interruzione volontaria della gravidanza, provocata da trattamenti farmacologici e/o chirurgici al fine di preservare la salute della madre o evitare lo sviluppo di un feto affetto da malformazioni o gravi patologie.

Anno Assicurativo

Periodo continuativo calcolato in 12 mesi a partire dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza.

All Well S.r.l./Distributore

L'Agenzia di assicurazioni di Net Insurance S.p.A., che gestisce tutti i rapporti inerenti il contratto assicurativo e fornisce assistenza all'Assicurato in caso necessità di informazioni sul contratto.

Assicurato

La persona fisica il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicuratore

Net Insurance S.p.A., Impresa di Assicurazioni, con la quale il Contraente stipula la Convenzione.

Assicurazione

Il presente contratto di assicurazione con il quale l'Assicuratore copre l'Assicurato per i danni subiti a causa di un Sinistro, nei limiti stabiliti nelle Condizioni di Assicurazione.

Assistenza Infermieristica

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma che abilita alla professione di infermiere.

Associato/Azienda Associata: l'Azienda che aderisce alla "Cassa di Assistenza Bi SALUS" (Contraente).

Cartella Clinica

Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, compilato durante la degenza, diurna o con pernottamento in Istituto di Cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Centrale Operativa

La struttura di MyAssistance incaricata per la gestione e liquidazione dei Sinistri, costituita da medici, tecnici e

operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con l'Assicuratore, provvede per incarico di quest'ultimo al contatto telefonico con l'Assicurato per l'organizzazione delle prestazioni e alla definizione dei Sinistri.

Centro Medico

Struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al Ricovero, Day Hospital/Day Surgery, non finalizzati al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata, in base alle normative vigenti, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Chirurgia Bariatrica

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

Condizioni di Assicurazione

Le clausole contrattuali che regolano l'Assicurazione.

Contraente

"Cassa di Assistenze Bi SALUS", con sede legale in Via Gustavo Fara, 39 – 20124 Milano, quale soggetto che stipula il contratto di assicurazione, nell'interesse altrui.

Convenzione

Il contratto che regola e disciplina i rapporti tra la Contraente e l'Assicuratore.

Data di Decorrenza

Data indicata sul Certificato di Assicurazione dalla quale l'Assicurazione è efficace.

Day Hospital / Day Surgery

La degenza, senza pernottamento, in Istituto di Cura autorizzato avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (Day Hospital) e prestazioni chirurgiche (Day Surgery) eseguite da medici chirurgici specialisti con redazione di Cartella Clinica.



Difetto Fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Dipendente

La persona che nel periodo di Durata dell'Assicurazione ha in corso, anche per frazione di anno, un rapporto di lavoro subordinato, con l'Azienda Associata. Rientrano nella definizione di Dipendente anche i Membri del Consiglio di Amministrazione (CdA).

Evento / Data Evento

- Prestazioni Ospedaliere – il singolo Ricovero o Day Hospital / Day Surgery o l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il Ricovero o Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale.
- Prestazioni Extraospedaliere – l'insieme di tutti gli accertamenti, le visite e gli esami riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente relativi alla stessa garanzia. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.
- Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi – l'insieme di tutti i trattamenti facenti parte dello stesso ciclo di cura inviati contemporaneamente e relativi la stessa patologia. La data dell'evento è quella della seduta del primo trattamento eseguito relativa allo specifico evento.
- Prestazioni Dentarie: l'insieme di tutte le prestazioni riguardanti la stessa cura, inviati contemporaneamente e relativi la stessa garanzia. La data dell'evento è quella della prima seduta di cura dentaria eseguita relativa allo specifico evento.

Franchigia

L'importo fisso del danno che rimane a carico dell'Assicurato perché non pagato né rimborsato dall'Assicuratore. Se non diversamente indicato, si applica per Evento.

Gessatura

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

Indennità Giornaliera

Indennizzo forfettario giornaliero corrisposto all'Assicurato in caso di Ricovero con o senza Intervento chirurgico (compreso il parto e l'Aborto terapeutico), Day Hospital / Day Surgery sia in regime SSN che privato.

Indennità Sostitutiva

Indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di Ricovero o Day Hospital / Day Surgery che non comporti il Rimborsamento delle spese sanitarie.

Indennizzo o Indennità o Rimborsamento

La somma che la l'Assicuratore riconosce all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento Chirurgico

Atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Intervento di piccola chirurgia non in regime di Ricovero, Day Surgery, eseguito presso Istituto di Cura, Centro Medico o studio medico chirurgico.

Istituto di Cura

Ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non sono considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fisioterapiche e riabilitative, terapeutiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani, i centri di benessere.

IVASS

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013

Lungodegenza

Le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata Malattia.

Malattia Mentale

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

Malattia Oncologica

Qualsiasi neoplasia maligna o tumore confermato da referto istopatologico, caratterizzata da crescita incontrollata di cellule maligne ed invasione di tessuti. Il termine "malattie



oncologiche” comprende tutti gli stadi evolutivi di tumore maligno, tra cui il carcinoma maligno non invasivo “in situ”.

Malformazioni Congenite

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

Massimale

La somma / importo massimo pagato dall'Assicuratore in caso di Sinistro per ogni Anno Assicurativo stabilito nel Certificato di Assicurazione.

Medicina Alternativa o Complementare

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

Medicina Sperimentale

si intendono tutti i dispositivi medici, farmaci, trattamenti medici o chirurgici non riconosciuti come trattamenti consolidati e non autorizzati dalle autorità competenti nel paese in cui gli stessi sono stati ricevuti o eseguiti. Ai sensi della presente Assicurazione si equiparano a sperimentali anche i dispositivi medici, i farmaci e i trattamenti medici o chirurgici che, seppur approvati, avvengono al di fuori delle condizioni di autorizzazione rilasciate dagli enti preposti per patologia, combinazione di più farmaci, popolazione o posologia, salvo che non siano stati incorporati in linee guida e percorsi clinici pubblicati da organismi appropriati quali Associazioni Mediche. A titolo semplificativo ma non esaustivo: National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®), la Società Europea di Oncologia Medica (ESMO), Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES).

MyAssistance

MyAssistance S.r.l., con sede in Via Raimondo Montecuccoli 20/1 – 20147 Milano, società di servizi che provvede, per conto dell'Assicuratore, a pagare le strutture sanitarie e i medici chirurghi convenzionati, oppure al Rimborso agli Assicurati. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con le Strutture Convenzionate.

Nucleo Familiare

Oltre al dipendente (titolare), si intende incluso:

- il coniuge (fiscalmente e non fiscalmente a carico) o gli uniti civilmente (fiscalmente e non fiscalmente a carico) o il convivente more uxorio,
- i figli fiscalmente a carico, anche non conviventi.
- I figli non fiscalmente a carico, ma conviventi (fino al 26° anno di età incluso).

Ai fini della presente definizione, i figli del coniuge o dell'unito civilmente o del convivente more uxorio sono equiparati ai figli del titolare.

Parte

L'Assicuratore ed il Contraente, quando riferiti singolarmente.

Parti

L'Assicuratore ed il Contraente, quando riferiti congiuntamente.

Piano Assicurativo

Insieme delle garanzie sanitarie assicurate, scelta dall'Associato e indicate nel Certificato di Assicurazione.

Polizza/Certificato di Assicurazione

Il documento contrattuale, sottoscritto dalle Parti, che prova l'Assicurazione e che riporta i dati anagrafici dell'Azienda Associata, il Piano Assicurativo prescelto con i Massimali, il Premio e la durata dell'Assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore.

Regime Diretto

Accesso, tramite preventiva attivazione di MyAssistance, ad una Struttura Convenzionata (struttura sanitaria e medico/Equipe medica devono essere entrambi convenzionati). Il costo delle spese viene sostenuto dall'Assicuratore, in nome e per conto dell'Assicurato medesimo, nei limiti ed in conformità a quanto previsto dall'Assicurazione.

Regime Misto

L'accesso, tramite preventiva attivazione con la Centrale Operativa, ad una Struttura Convenzionata, per la quale verrà applicato il Regime Diretto, ricevendo prestazioni mediche/chirurgiche eseguite da medici non convenzionati, per i quali verrà applicato il Regime Rimborsuale.

Regime Rimborsuale

Accesso da parte dell'Assicurato a Strutture Sanitarie Convenzionate (senza aver richiesto preventivamente l'autorizzazione al Regime Diretto) o Strutture non Convenzionate, richiedendo a cura ultimata il Rimborso delle spese sostenute o l'Indennizzo.

Ricovero

Degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento.

Ricovero Improprio

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



Rischio

La probabilità che si verifichi il Sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

Scoperto

La percentuale del Danno che rimane a carico dell'Assicurato perché non pagata né rimborsata dall'Assicuratore. Se non diversamente indicato, si applica per Evento.

Set Informativo

L'insieme della documentazione contrattuale (DIP Base, DIP Aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e Proposta di assicurazione) da consegnare al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Sport Professionistici

Attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

SSN

Servizio Sanitario Nazionale.

Strutture Convenzionate

Rete convenzionata, costituita da Ospedali, Istituti di Carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, medici specialisti, centri e studi odontoiatrici, medici odontoiatrici nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste.

Strutture non Convenzionate

Strutture non facenti parte della rete convenzionata

MyAssistance.

Struttura Operativa

La struttura di MyAssistance incaricata per la gestione e liquidazione dei Sinistri, costituita da medici, tecnici e operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con l'Assicuratore, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato per l'organizzazione delle prestazioni e alla definizione dei Sinistri.

Termini di Carenza

Periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza della Polizza durante il quale i Piani Assicurativi non sono operanti. Vuol dire che, se il Sinistro avviene in quel periodo di tempo o il Ricovero o le cure odontoiatriche iniziano durante il periodo di carenza e proseguono oltre lo stesso, l'Assicurato non ha diritto all'Indennizzo.

Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili a termine di Polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni:

- finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica;
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici).

Visite Specialistiche

La visita effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Sono altresì escluse le visite di Medicina Generale e Pediatria di routine.



PREMESSA

Premesso che:

- a) “Cassa di Assistenza Bi SALUS”, con sede legale in Via Gustavo Fara, 39 – 20124 Milano è una cassa di assistenza sanitaria, con finalità assistenziale che si rivolge a tutte le tipologie di Aziende che intendano erogare servizi di welfare sanitario ai loro Dipendenti, Collaboratori ed Amministratori;
- b) Le Aziende Associate a “Cassa di Assistenza Bi SALUS”, in base a quanto normato da un contratto collettivo, nazionale o aziendale, ovvero da un regolamento aziendale, hanno necessità di una copertura assicurativa sanitaria a favore dei propri Dipendenti appartenenti ad un determinato gruppo intero ed omogeneo di persone, alle quali possa essere abbinato per gruppo intero ed omogeneo lo stesso Piano Assicurativo;
- c) “Cassa di Assistenza Bi SALUS”, al fine di garantire e tutelare al meglio i propri Assistiti, ha necessità di stipulare una Convenzione assicurativa che fornisca le coperture sanitarie di cui al precedente punto b), attraverso l’emissione di Polizze collettive per conto dei Dipendenti delle Aziende Associate e, qualora presenti, dei relativi familiari del Dipendente, come da definizione di Nucleo Familiare presente nel Glossario;
- d) ciò premesso, tra Net Insurance S.p.A. e “Cassa di Assistenza Bi SALUS” è stata stipulata la Convenzione n. 869 (più avanti, la “Convenzione”), con la quale l’Assicuratore conferma al Contraente di obbligarsi a prestare le suddette coperture assicurative attraverso la stipula di una “assicurazione sanitaria collettiva di gruppo ad adesione obbligatoria” nei termini più avanti indicati;
- e) “Cassa di Assistenza Bi SALUS”, dichiara di aver affidato la gestione della Convenzione n. 869 di cui al precedente punto d), alla società ALL WELL S.r.l., con sede in Via San Vittore, 40, 20123 Milano, Iscrizione RUI: A000688950, di seguito anche il “Distributore”;

L’Assicurazione sanitaria collettiva di gruppo ad adesione obbligatoria è un’assicurazione monoannuale, con tacito rinnovo.

L’Assicurazione garantisce la copertura delle Spese Mediche in caso di Malattia o Infortunio, quest’ultimo accaduto successivamente alla Data di Decorrenza dell’Assicurazione, ad un gruppo intero ed omogeneo di Assicurati, a fronte del pagamento di un Premio da parte del Contraente.

Più precisamente tale Assicurazione presuppone:

- un unico contratto per tutte le singole coperture che assicurano le persone fisiche che lavorano alle dipendenze dell’Azienda Associata;
 - che tale contratto garantisca tutti ed esclusivamente i Dipendenti dell’Associato, nonché il relativo Nucleo Familiare, fatto salvo quanto indicato agli artt. 4 “Limiti di età” e 6 “Persone non assicurabili” delle Condizioni di Assicurazione.
- Ciascun Associato stabilisce, preventivamente all’emissione della Polizza, se attivare quest’ultima anche per i familiari del Dipendente, l’adesione sarà obbligatoria per tutti i componenti del Nucleo Familiare.

Il contratto è disciplinato, oltre che dalle condizioni contenute nel presente Set Informativo, da quanto indicato nel Certificato di Assicurazione e dalle norme legislative in materia.

Convenzione Collettiva

La Convenzione 869 ha durata annuale e in assenza di disdetta dall’Assicuratore o dal Contraente, a mezzo posta elettronica certificata, con preavviso di almeno 90 giorni, si intende tacitamente rinnovata per un periodo di durata annuale e così successivamente.

In caso di disdetta della Convenzione, restano comunque in vigore, fino alla loro scadenza, le singole Polizze emesse per ogni Azienda Associata.

Per ogni Azienda Associata, l’Assicuratore emette una Polizza in esecuzione della Convenzione stessa.

La cessazione della Convenzione comporta l’impossibilità di alimentare la stessa con ulteriori Assicurati da garantire.

I contratti di assicurazione in corso al momento in cui cessa la Convenzione continueranno comunque ad essere validi sino alla loro prima scadenza contrattuale, restando pertanto invariati i diritti ed i doveri in capo alle Parti per l’esecuzione dei contratti di assicurazione stessi.

Nessun preavviso è dovuto in caso di revoca per giusta causa.

L’Assicuratore si riserva la facoltà di apportare modifiche alle presenti Condizioni di Assicurazione qualora le suddette modifiche derivino da disposizioni della normativa e/o dell’IVASS.

Clausola Distributore

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della Convenzione 869 alla ALL WELL S.r.l., con sede in Via San Vittore, 40, 20123 Milano, Iscrizione RUI: A000688950, di seguito anche il “Distributore”.

Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti la presente Convenzione saranno svolti, per conto del Contraente, dal Distributore.

Ogni comunicazione fatta all’Assicuratore dal Distributore, nel nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta dal Contraente stesso.



Parimenti, ogni comunicazione fatta dal Contraente al Distributore, si intenderà come fatta all'Assicuratore, purché non comporti variazione nelle Condizioni di Assicurazione.

A. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art. 1 – Copertura collettiva “All Well – Bi Salus”

- è una Polizza dedicata alla protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone;
- è un prodotto che consente all'Assicurato di ottenere il Rimborso o l'Indennizzo per le spese mediche a seguito di Malattia o Infortunio accaduto successivamente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione o del successivo ingresso in copertura.

Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine seguenti formano parte integrante della Polizza sottoscritta dal Contraente. L'Assicurazione è prestata fino a concorrenza dei Massimali e nei limiti indicati nei singoli Piani Assicurativi inclusi all'art. 32.

Sono operanti i Piani Assicurativi richiamati nel Certificato di Assicurazione e se è stato pagato il relativo Premio.

Art. 2 – Effetto, durata e disdetta del contratto

Il periodo di durata dell'Assicurazione, ossia l'arco di tempo che intercorre fra la Data di Decorrenza e la data di scadenza dell'Assicurazione è pari ad 1 anno.

L'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione:

- fatti salvi gli eventuali Termini di Carenza (indicati al successivo art. 7) ove previsti e
- se il Premio o la prima rata di Premio è stata pagata;

altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

In mancanza di disdetta della singola Polizza comunicata da una delle Parti e, pervenuta all'altra Parte almeno 30 giorni prima di ciascuna scadenza annuale, il contratto si rinnova tacitamente di un anno e così successivamente di anno in anno.

Art. 3 – Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche che risultano Dipendenti dell'Azienda Associata, più precisamente le seguenti categorie di Dipendenti:

- “Membri del Consiglio di Amministrazione (CdA)”
- “Dirigenti”
- “Quadri/Funzionari”
- “Impiegati/Operai”

Ciascun Associato stabilisce, preventivamente all'emissione della Polizza, se attivare quest'ultima anche per i familiari del Dipendente, l'adesione sarà obbligatoria per tutti i componenti del Nucleo Familiare.

Le coperture assicurative sono prestate in una delle seguenti Combinazioni:

- “SINGLE”: solo per i Dipendenti, i Massimali per Anno Assicurato, saranno interamente prestati a favore del Dipendente;
- “NUCLEO FAMILIARE”: per i Dipendenti con Nucleo Familiare, i Massimali per Anno Assicurativo s'intendono applicati per tutto il Nucleo Familiare

Ogni categoria di Dipendente all'interno della stessa Polizza deve avere il medesimo Piano Assicurativo.

Tutte le persone assicurabili devono essere stabilmente residenti nel territorio della Repubblica Italiana.

L'Assicurazione non è prestata a favore dei soli componenti del Nucleo Familiare.

Art. 4 – Piani Assicurativi e forme di copertura

Sono previsti a seconda della categoria di appartenenza del Dipendente i seguenti Piani Assicurativi che prevedono diverse forme di copertura:

Condizioni di Assicurazione – All Well - Bi Salus

Polizza Sanitaria collettiva di gruppo di durata monoannuale



CATEGORIA	PIANO ASSICURATIVO	FORMA DI COPERTURA
Tutte le categorie (CdA, Dirigenti, Quadri / Funzionari, Impiegati, Operai ecc.)	Base Livello 1 - Indennitaria	Completa
	Base Livello 2 - Rimborso Spese Mediche	
	Base Livello 3 - Rimborso Spese Mediche	
Quadri / Funzionari	Pro Livello 1 - Rimborso Spese Mediche	Completa e Integrativa
	Pro Livello 2 - Rimborso Spese Mediche	
Dirigenti	Pro Livello 3 - Rimborso Spese Mediche	Integrativa
	Pro Livello 4 - Rimborso Spese Mediche	
	Executive - Rimborso Spese Mediche	Completa
Membri del Consigli di Amministrazione (CdA)	Executive 3 Admin - Rimborso Spese Mediche	Completa

Tutti i dettagli dei singoli Piani Assicurativi sono riportati nelle “Schede riassuntive” incluse all’art. 32 – Piani Assicurativi.

Art. 5 – Limiti di età

L’Assicurazione è operante per gli Assicurati con:

- età massima all’ingresso: 70 (settanta) anni compiuti;
- età massima in uscita: 75 (settantacinque) anni compiuti

Qualora l’Assicurato compia il 75° (settantacinquesimo) anno di età durante l’Anno Assicurativo, l’Assicurazione mantiene la sua validità sino alla prima scadenza annuale immediatamente successiva al raggiungimento di tale età. Successivamente a tale scadenza, il contratto di Assicurazione cessa per l’Assicurato che ha raggiunto il limite di età all’uscita (75 anni).

Se a compiere il 75° anno di età durante l’Anno Assicurativo è il Dipendente l’Assicurazione cessa per tutto il Nucleo Familiare.

Art. 6 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone:

- che non soddisfano i requisiti ai precedenti artt. 3 “Persone Assicurabili” e 5 “Limiti di età”;
- affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezioni da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.

Il manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto deve essere tempestivamente comunicato all’Assicuratore in quanto causa di immediata cessazione della copertura assicurativa per l’Assicurato coinvolto dalle suddette condizioni, ai sensi dell’Art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo dell’Assicuratore di corrispondere l’eventuale indennizzo. In caso di cessazione della copertura assicurativa per i motivi di cui sopra durante il periodo di Assicurazione, esclusivamente qualora non siano stati denunciati Sinistri, l’Assicuratore rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di Premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della copertura dell’Assicurato ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso. In caso di Sinistro denunciato sull’Assicurato, il Premio rimane acquisito dall’Assicuratore.

Art. 7 – Termini di Carenza

Se esplicitato nel Certificato di Assicurazione la copertura prevede dei Termini di Carenza durante i quali l’Assicurazione non è attiva.

Le garanzie saranno operanti ed effettive, salvo le esclusioni di cui all’art. 30, per:

- gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell’Assicurazione;
- le Malattie: dal 120° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell’Assicurazione;
- il parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell’Assicurazione;
- le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e l’Aborto Terapeutico: dal 120° 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.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra Polizza per il medesimo rischio, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa), i Termini di Carenza di cui sopra vengono calcolati dalla Data di Decorrenza della (nuova) Polizza proveniente da sostituzione, in riferimento:

- alle maggiori somme assicurate per prestazioni già previste nella precedente copertura;
- alle prestazioni sanitarie non previste nella precedente copertura;

Trascorso il Termine di Carenza, eventuali Malattie diagnosticate durante i suddetti Termini di Carenza, se coperte ai termini di Polizza, saranno liquidate secondo le modalità previste dalla presente copertura assicurativa, ferme comunque le esclusioni di cui all'Art. 30.

Art. 8 – Comunicazione del Contraente e decorrenza dell'Assicurazione

a) Dipendenti in servizio alla Data di Decorrenza della Polizza

Il Contraente si impegna a trasmettere all'Assicuratore, attraverso il Distributore, prima della Data di Decorrenza della Polizza, l'elenco di tutti gli Assicurati, sia per la Combinazione "SINGLE" che "NUCLEO FAMILIARE".

b) Nuove assunzioni in corso di d'Anno Assicurativo

Per i Dipendenti assunti in corso d'Anno Assicurativo, il Contraente si impegna a trasmettere all'Assicuratore, attraverso il Distributore, entro 30 giorni dalla data di assunzione del Dipendente, l'elenco dei nuovi Assicurati sia per la combinazione "SINGLE" che "NUCLEO FAMILIARE" e l'Assicurazione decorre dalle h. 00,00 del giorno di assunzione del Dipendente presso l'Azienda Associata e scade alle h. 24,00 del giorno di scadenza della Polizza.

Per entrambe le combinazioni "SINGLE" e "NUCLEO FAMILIARE" nel caso di comunicazione effettuata oltre 30 giorni dalla data di assunzione del Dipendente, l'Assicurazione decorre dalle h. 24,00 del giorno della comunicazione e scade alle h. 24,00 del giorno di scadenza della Polizza.

c) Inclusione di familiari in corso d' Anno Assicurativo

Il passaggio, in corso di anno, dalla Combinazione "SINGLE" alla Combinazione per "NUCLEO FAMILIARE" è consentito solo se sono intervenute variazioni nello Stato di Famiglia del Dipendente (ad esempio: nascita, matrimonio, ingresso di convivente).

Per i nuovi componenti entrati nel Nucleo Familiare in corso di anno, il Periodo di Durata dell'Assicurazione decorre dalle h. 24,00 dell'evento (ad es: nascita) se comunicati all'Assicuratore, attraverso il Distributore, entro 30 giorni dall'evento. **Nel caso di comunicazione effettuata oltre 30 giorni dall'evento la copertura assicurativa per il nuovo componente del Gruppo Familiare decorre dalle h. 24,00 del giorno della comunicazione e scade alle h. 24,00 del giorno di scadenza della Polizza.**

d) Cessazioni in corso d' Anno Assicurativo

Per le esclusioni in corso d'anno l'Assicuratore non rimborserà il Premio pagato e non goduto.

Dovrà essere comunicato all'Assicuratore, attraverso il Distributore, la data di cessazione del rapporto di lavoro, data dalla quale la copertura non potrà più essere attiva. Per tutti i componenti del Nucleo Familiare, se inclusi in copertura, l'Assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per l'ex Dipendente

Art. 9 – Determinazione del Premio

Per ogni Assicurato, il Premio è determinato:

- per periodi di assicurazione di un anno;
- in base al Piano Assicurativo scelto;
- in base alla forma di copertura: combinazione "SINGLE" o "NUCLEO FAMILIARE".

Per le inclusioni avvenute nel primo semestre dell'Anno Assicurativo, è dovuto il 100% del Premio annuo, per l'intero periodo di copertura.

Per le inclusioni avvenute nel secondo semestre dell'Anno Assicurativo, è dovuto il 70% del Premio annuo per l'intero periodo di copertura.

In casi di passaggio, in corso di anno, dalla combinazione "SINGLE" alla combinazione per "NUCLEO FAMILIARE" si procede a conguaglio di Premio secondo le regole di seguito indicate:

- versamento del 100% della differenza fra il nuovo Premio ed il Premio già versato ad inizio anno se il passaggio avviene nel primo semestre dell'Anno Assicurativo;



- versamento pari al 70% della differenza fra il nuovo Premio ed il Premio già versato ad inizio anno se il passaggio avviene nel secondo semestre dell'Anno Assicurativo.

Per ogni variazione comunicata in corso d'Anno Assicurativo, l'Assicuratore provvederà ad emettere apposita Appendice di inclusione o esclusione dal rischio, comunicando al Contraente il relativo Premio di conguaglio.

Art. 10 – Obblighi del Contraente – Pagamento del Premio

Il Contraente è tenuto a:

- a) non apportare alcuna modifica alla documentazione precontrattuale e contrattuale predisposta dall'Assicuratore;
- b) collaborare con l'Assicuratore per fornire ogni informazione / documentazione propedeutica alla liquidazione degli Indennizzi;
- c) provvedere al pagamento del Premio della Polizza entro la data di decorrenza della stessa;
- d) provvedere al pagamento dei Premi delle Appendici di inclusione entro 15 giorni dalla data di ricezione, attraverso il Distributore;

Il versamento dei premi sub. c) – d) dovrà effettuarsi sul conto corrente comunicato dal Distributore al Contraente.

Art. 11 – Mancato pagamento del Premio

Se il Contraente non paga:

- il Premio o la prima rata di Premio stabilita dal contratto;
- i Premi relativi alle Appendici di inclusione di nuovi Assicurati in corso d'Anno Assicurativo;

l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24,00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24,00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto dell'Assicuratore al pagamento dei Premi scaduti, a parziale deroga dell'art. 1901 c.c.

Trascorso il termine di 15 giorni di cui sopra, l'Assicuratore ha diritto di dichiarare, la risoluzione della copertura, fermo il diritto ai Premi scaduti nonché di richiederne l'esecuzione. Decorsi 6 mesi dalla scadenza senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento della rata arretrata e l'Assicuratore abbia agito il contratto è risolto di diritto.

Art. 12– Riservatezza

Il Contraente e l'Assicuratore si impegnano reciprocamente alla riservatezza per tutte le informazioni, societarie e/o commerciali delle quali dovessero venire a conoscenza nell'esecuzione della presente copertura assicurativa.

Tutti i dati e le informazioni di qualsiasi tipo e con qualunque modalità forniti da una Parte all'altra Parte sono strettamente riservati e confidenziali.

Art. 13 – Modifiche della Convenzione

Le eventuali modifiche della Convenzione 869 devono essere provate per iscritto.

Art. 14 – Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

L'Assicurazione è determinata in base alle informazioni date, e alle dichiarazioni fatte, dal Contraente e/o dall'Azienda Associata al momento della sottoscrizione della copertura assicurativa: di conseguenza, essi hanno l'obbligo di dare informazioni veritiere, corrette e complete per un'esatta valutazione del Rischio da parte dell'Assicuratore.

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

Quanto indicato nel presente articolo vale con particolare – anche se non esclusivo – riferimento a quanto indicato agli artt. 3 “Persone assicurate”, 5 “Limiti di età” e 6 “Persone non assicurabili”.

Art. 15 – Altre assicurazioni

Il Contraente, o l'Assicurato, deve comunicare per iscritto all'Assicuratore l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso Rischio garantito dalla presente Assicurazione.

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, ai sensi



dell'Art. 1910 c.c..

Ciò vale anche nel caso in cui lo stesso Rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi Sanitari Integrativi.

Art. 16 – Assicurazione per conto altrui

Gli obblighi derivanti dalla presente copertura assicurativa devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 c.c.

Art. 17 - Estensione territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 18 - Rinuncia alla rivalsa

L'Assicuratore rinuncia, a favore degli aventi diritto, all'azione di surroga verso i terzi responsabili.

Art. 19 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e l'Assicurato sono tenuti, salvo quanto previsto nelle specifiche clausole contrattuali anche in termini di utilizzo di sistemi e documenti informatici, nonché di posta elettronica, devono essere effettuate per iscritto e spiegano effetti dal momento in cui pervengono all'Assicuratore, all'indirizzo corrispondente alla sede legale, oppure all'Intermediario presso il quale è stato emesso il contratto.

Art. 20 - Aggravamento del Rischio

Salvo quanto previsto dagli articoli 14 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio", 5 "Limiti di età" e 6 "Persone non assicurabili", non trova applicazione, relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto, quanto disposto dall'art. 1898 del Codice civile in materia di aggravamento del rischio.

Art. 21 - Diritto di recesso

Il contratto di Assicurazione non è soggetto al diritto di recesso da parte dell'Assicuratore, **salvo il diritto di recedere nel caso in cui il Contraente e/o l'Assicurato rendano dichiarazioni inesatte o reticenze come da articolo 14 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio".**

Art. 22 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente

Tutte le Controversie relative alla presente Assicurazione sono soggette alla giurisdizione italiana. In caso di Controversia tra le Parti, è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ex Art. 5 D. Lgs 28/2010 e successive modifiche ed integrazioni deferendo la Controversia esclusivamente ad organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia e inserito nel registro degli organismi di mediazione consultabile sul sito del suddetto Ministero (www.giustizia.it). Qualora successivamente si ricorra all'Autorità Giudiziaria, foro competente è il luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato o del Contraente.

Art. 23 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia.

Art. 24 - Limite massimo dell'Indennizzo

Salvo quanto espressamente previsto alle singole garanzie dei Piani Assicurativi, nonché dall'Art. 1914 c.c., a nessun titolo l'Assicuratore potrà essere tenuto a pagare somma maggiore di quella assicurata, in ragione dei limiti e delle condizioni stabilite per le singole Garanzie.

Art. 25 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. 26 - Legge applicabile

La Legge applicabile al contratto è quella italiana.

Art. 27 - Termine di Prescrizione

Ai sensi e per gli effetti dell'Art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dall'Assicurazione nei Rami Danni si



prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Art. 28 – Obblighi di consegna a carico del Contraente

Prima dell'adesione alla copertura assicurativa, il Contraente ha l'obbligo di consegnare all'Assicurato, e per lui ai suoi aventi causa, i seguenti documenti:

- a) Set Informativo;
- b) Informativa Privacy (consenso al trattamento dei dati personali);
- c) Istruzioni per accedere all'app per la denuncia sinistri.

B. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 29 - Garanzie

La presente copertura assicurativa riconosce nei limiti dei Massimali e delle Condizioni di Assicurazione, il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per prestazioni sanitarie, rese necessarie da Malattia (compreso il parto e l'Aborto Terapeutico) o Infortunio (quest'ultimo accaduto successivamente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione o del successivo ingresso in copertura), eseguite e fatturate prima dalla data di cessazione dell'Assicurazione, come di seguito descritto.

Si intendono operanti esclusivamente le garanzie indicate nel Piano Assicurativo prescelto dall'Azienda Associata con i Massimali, Scoperti, Franchigie e limiti di Rimborso dalla medesima previsti. I Piani Assicurativi sono riportati al successivo Art. 32 e sono richiamati sul Certificato di Assicurazione.

Qualora non diversamente indicato:

- I Massimali e i limiti si applicano per Nucleo Familiare e per Anno Assicurativo;
- gli Scoperti/Franchigie per Evento.

Garanzie Ospedaliere (sono valide solo quelle riportate nel Piano Assicurativo prescelto, con i relativi limiti e Massimali indicati nello stesso)

a. **Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale**

L'Assicuratore riconosce le seguenti spese:

- **SPESE PRE** (precedenti)
Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), effettuati precedentemente il Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale e inerenti la Malattia o l'Infortunio che li ha resi necessari.
- **SPESE DURANTE**
Accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio, assistenza medica, Assistenza Infermieristica, consulenza medico specialistica, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi (solo in caso di ricovero con Intervento Chirurgico e gli stessi devono essere resi necessari dall'Intervento Chirurgico stesso), medicinali, onorari dell'equipe medica (tutti risultanti dal referto operatorio), materiale di intervento (comprese le endoprotesi), diritti di sala operatoria, Rette di Degenza (non sono comprese le spese voluttuarie).
Per l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale le spese per la Retta di Degenza sono escluse.
Gli interventi di chirurgia refrattiva sono inclusi in caso di:
 - anisometropia superiore a 3 diottrie; o
 - difetto di capacità visiva per occhio pari o superiore a 5 diottrie.
- **SPESE POST** (successive)
Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi (solo a seguito di Ricovero con Intervento Chirurgico e i trattamenti devono essere resi necessari dall'Intervento Chirurgico stesso), cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati successivamente la data di dimissioni e inerenti la Malattia o l'Infortunio che ha reso necessario il Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale.



Nel caso di trapianto sono escluse le spese sostenute a fronte di espianto da donatore.

Nel caso di prelievo di organi o parti di essi è compreso il rimborso per prestazioni sanitarie necessarie al prelievo dal donatore. In caso di donazione da vivente la garanzia comprende le spese sostenute durante il ricovero del donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico (onorari del chirurgo e dell'equipe, materiale di intervento) cure, medicinali, rette di degenza. Sono comprese le spese di trasporto dell'organo e del personale di accompagnamento.

b. Parto cesareo e Aborto Terapeutico

L'Assicuratore riconosce le seguenti spese:

- **SPESE PRE** (precedenti)
Visite Specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati precedentemente il Ricovero e resi necessari dal Parto Cesareo o Aborto Terapeutico.
- **SPESE DURANTE**
Accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio, assistenza medica, Assistenza Infermieristica, consulenza medico specialistica, medicinali, onorari dell'equipe medica (tutti risultanti dal referto operatorio), materiale di intervento, diritti di sala operatoria, Rette di Degenza (**non sono comprese le spese voluttuarie**).
Retta di degenza (nido ospedaliero), accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio, assistenza medica, Assistenza Infermieristica prestata durante il Ricovero, il tutto relativo al neonato fino alla data di dimissioni dall'ospedale della madre. Qualora per il neonato si rendesse necessario il Ricovero oltre la data di dimissione della madre e il neonato è incluso in copertura – nella polizza del nucleo del genitore – il suo Ricovero verrà gestito come un nuovo Evento.
- **SPESE POST** (successive)
Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati successivamente la data di dimissioni e resi necessari dal Parto Cesareo o Aborto Terapeutico.

Le spese per eventuali interventi concomitanti con la medesima via di accesso (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: miomectomia, appendicectomia, cisti ovarica, laparocoele, ernia ombelicale ecc.) sono rimborsabili nel limite del submassimale specifico per il Parto Cesareo, nel Piano Assicurativo prescelto.

c. Parto fisiologico

L'Assicuratore riconosce le seguenti spese:

- **SPESE PRE** (precedenti)
Visite Specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati precedentemente il Ricovero e resi necessari dal parto fisiologico.
- **SPESE DURANTE**
Accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio, assistenza medica, Assistenza Infermieristica e ostetrica, consulenza medico specialistica, medicinali, onorari dell'equipe medica (risultanti dal referto operatorio), materiale di intervento, diritti di sala operatoria, Rette di Degenza (**non sono comprese le spese voluttuarie**).
Retta di degenza (**nido ospedaliero**), accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio, assistenza medica, Assistenza Infermieristica e ostetrica prestata durante il Ricovero, il tutto relativo al neonato fino alla data di dimissioni dall'ospedale della madre.
Qualora per il neonato si rendesse necessario un Ricovero oltre la data di dimissione della madre e il neonato è incluso in copertura - nella Polizza del genitore - il suo Ricovero verrà gestito come un nuovo Evento.
- **SPESE POST** (successive)
Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati successivamente la data di dimissioni e resi necessari dal parto fisiologico.

d. Interventi plafonati

L'Assicuratore riconosce, in caso d'Intervento Chirurgico "plafonato" effettuato in Regime Rimborsuale, previa applicazione dello Scoperto/Franchigia eventualmente previsti dal Piano Assicurativo prescelto, il Rimborso fino al limite del submassimale indicato nella tabella di seguito riportata.

Condizioni di Assicurazione – All Well - Bi Salus

Polizza Sanitaria collettiva di gruppo di durata monoannuale



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 o/o laparoceli della parete addominale	€ 4.000
Intervento per emorroidectomia e/o per 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
Colecistectomia	€ 8.500
Ernia del disco	€ 12.000
Artrodesi vertebrale	€ 13.000
Interventi sulla prostata	€ 12.000
Adenoma prostatico	€ 12.000
Adenocarcinoma prostatico	€ 18.000
Isterectomia	€ 18.000
Artroprotesi anca e ginocchio	€ 25.000

In tutti gli Interventi Chirurgici elencati sono inclusi anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca specialistica.

In particolare:

- Gli interventi concomitanti fatti durante la stessa seduta operatoria e attraverso la stessa via d'accesso sono compresi nel submassimale o "plafond" dell'intervento principale presente in Polizza, ove previsti;
- Gli interventi concomitanti fatti durante la stessa seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al 50%.

I submassimali o "plafond" indicati nella tabella sopra riportata comprendono tutte le spese (inclusa retta di degenza) fatte durante il periodo di Ricovero con Intervento Chirurgico, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale. Le spese relative alle prestazioni PRE e POST non rientrano nel submassimale o "plafond", ma vengono rimborsate con l'applicazione di Scoperti/Franchigie come da Piano Assicurativo prescelto e fermi i Massimali/Limiti per Anno Assicurativo.

e. Indennità Sostitutiva

L'Assicuratore riconosce, in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (compreso il parto e l'Aborto Terapeutico), un'Indennità Sostitutiva entro i limiti per Anno Assicurativo e per Nucleo Familiare indicato nel Piano Assicurativo prescelto, se le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

In caso di Ricovero, al fine del calcolo dei giorni, vengono calcolati i pernottamenti.

Tale indennità viene riconosciuta anche in caso di Day Hospital / Day Surgery.

L'Indennità Sostitutiva:

- viene pagata senza applicazione di Scoperti, fermi i limiti previsti dal Piano Assicurativo prescelto;
- **non è riconosciuta in caso di permanenza nei locali del Pronto Soccorso/astanteria qualora ad essa non consegua il Ricovero nella medesima struttura sanitaria.**

Qualora le spese siano solo in parte a carico del SSN, l'Assicurato potrà scegliere tra l'Indennità Sostitutiva o il Rimborso delle spese rimaste a suo carico.

Sono inoltre riconosciute le SPESE PRE e SPESE POST come descritte al precedente punto a. senza applicazione di Scoperti/Franchigie, fermo il limite per Evento.

Vengono rimborsate, senza applicazione di Scoperti/Franchigie, le spese sostenute a titolo di ticket sanitario, fermi i Massimali/limiti previsti dal Piano Assicurativo prescelto.



In caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico iniziato durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa e terminato oltre il periodo di validità della stessa, l'Assicuratore riconosce entro i Massimali e con i limiti indicati nel Piano Assicurativo prescelto le spese fino alla data di dimissione dell'Istituto di Cura.

f. Indennità Giornaliera

L'Assicuratore riconosce, in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (compreso il parto e l'Aborto Terapeutico), Day Hospital o Day Surgery, un'Indennità Giornaliera, indipendentemente dall'ammontare delle spese sostenute ed entro i limiti per Anno Assicurativo indicato nel Piano Assicurativo prescelto.

In caso di Ricovero, al fine del calcolo dei giorni, vengono calcolati i pernottamenti.

g. Indennità Giornaliera da Gessatura

L'Assicuratore riconosce, in caso d'Infortunio - accaduto successivamente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione - e indennizzabile ai sensi di Polizza, con o senza ricovero in Istituto di Cura, un'Indennità Giornaliera da Gessatura (vedi definizione "Gessatura" nel Glossario) per ciascun giorno ed entro il limite indicato nel Piano Assicurativo prescelto.

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, l'Assicuratore paga comunque l'Indennità, sulla base dei giorni di riposo indicati nel verbale di pronto soccorso:

- frattura del bacino;
- frattura dell'anca;
- frattura dello sterno;
- frattura del femore;
- frattura della colonna vertebrale;
- frattura di almeno una delle costole;
- frattura del cranio;
- frattura della clavicola.

Non sono invece coperte dall'Assicurazione le fratture ossee di un singolo dito del piede o della mano e delle ossa nasali. Qualora l'Infortunio avesse determinato anche un ricovero, l'Indennità Giornaliera da Gessatura non è cumulabile con l'Indennità Giornaliera (precedente punto f.). L'Indennità Giornaliera da Gessatura decorrerà dalla data di cessazione del Ricovero e terminerà in ogni caso entro il trentesimo giorno dalla data dell'Evento.

Sono inoltre ricomprese, se richiamate nel Piano Assicurativo prescelto, le seguenti spese se rese necessarie dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale stesso:

1. Spese per il vitto e pernottamento dell'accompagnatore

Vengono rimborsate, in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, o Day Hospital oppure Day Surgery, le spese relative al vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di Cura o struttura alberghiera (ove non sussista la disponibilità in Istituto di Cura), con il limite giornaliero e con il massimo di giorni indicati nel Piano Assicurativo prescelto

2. Spese per il trasporto dell'Assicurato

Vengono rimborsate le spese relative al trasporto dell'Assicurato all'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero, con il limite indicato nel Piano Assicurativo prescelto.

Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della Centrale Operativa, in base alle condizioni del paziente.

3. Rimpatrio della salma

Vengono rimborsate le spese per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'Assicurato all'Estero a seguito di Malattia o Infortunio, con il limite indicato nel Piano Assicurativo prescelto.



Garanzie Extraospedaliere (sono attive solo se espressamente richiamate nel Piano Assicurativo prescelto, con i relativi limiti e Massimali indicati nello stesso)

h. Alta Diagnostica

L'Assicuratore riconosce, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nel Piano Assicurativo prescelto, le seguenti prestazioni di alta specializzazione:

Diagnostica di alta specializzazione (sempre prevista):

- Amniocentesi (oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto)
- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare con o senza mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) con o senza mezzo di contrasto
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Villocentesi (in alternativa all'Amniocentesi - oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto)

Terapie

- Dialisi
- Laserterapia

Endoscopie non comportanti biopsia

- Broncoscopia
- Colonscopia
- Duodenoscopia
- Esofagoscopia
- Gastrosocopia
- Rettoscopia

Accertamenti diagnostici di alta specializzazione aggiuntivi

Se previsti dal Piano Assicurativo prescelto sono da considerarsi inclusi anche i seguenti accertamenti diagnostici di alta specializzazione:

- Cistouretrorografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Defecografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia



- Diagnostica radiologica
- Doppler
- Ecocardiografia
- Ecografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o mammografia digitale
- Pet
- Densitometria ossea computerizzata (MOC)

i. **Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio** (sono attive solo se espressamente richiamate nel Piano Assicurativo prescelto, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nello stesso)

L'Assicuratore riconosce, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nel Piano Assicurativo prescelto, le seguenti prestazioni:

- analisi di laboratorio e accertamenti diagnostici con esclusione di quelli elencati al precedente punto h.
Sono esclusi: accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da Infortunio, test di gravidanza, ecografie di controllo della gravidanza, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio per Covid-19, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: tampone molecolare/PCR real time, tampone antigenico, test sierologico.
- onorari medici per Visite Specialistiche, **con esclusione di:**
 - o **visite pediatriche di controllo,**
 - o **visite ginecologiche per controllo/monitoraggio della gravidanza**
 - o **visite odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio;**
- assistenza infermieristica domiciliare. In caso di Infortunio o Malattia vengono rimborsate le spese sostenute dall'Assicurato, entro il submassimale indicato nel Piano Assicurativo prescelto, per assistenza;
- Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi effettuati presso Istituti di Cura, o Centro Medico, o da medico specialista regolarmente iscritto all'Albo oppure da Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, **resi necessari da Malattia**, con un massimo di 1 ciclo (10 sedute) per Anno Assicurativo e per persona. Fermo il submassimale indicato nel Piano Assicurativo prescelto;
- Agopuntura, resa necessaria da Malattia o Infortunio, purché prescritta da medico specialista e praticata da medico regolarmente iscritto all'Albo;
- logopedia resa necessaria da Infortunio o Malattia, effettuata e fatturata da Istituto di Cura, o Centro Medico oppure da medico specialista;
- medicinali con esclusione dei prodotti omeopatici.

j. **Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi da Infortunio**

L'Assicuratore riconosce, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nel Piano Assicurativo prescelto, le spese sostenute per Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, **resi necessari da Infortunio**, effettuati presso Istituti di Cura, o Centro Medico, o da medico specialista regolarmente iscritto all'Albo oppure Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia e **resi necessari da Infortunio**.

k. **Cure dentarie da Infortunio**

L'Assicuratore riconosce, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nel Piano Assicurativo prescelto, le spese per cure odontoiatriche, **escluse le ortodontiche**, rese **necessarie da Infortunio**. Le cure eseguite dovranno essere congrue con le lesioni dell'Infortunio oggettivamente documentato con certificazione di Pronto Soccorso, descrizione dell'infortunio completo di luogo, data e ora.

l. **Cure dentarie da Malattia**

L'Assicuratore riconosce, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nel Piano Assicurativo prescelto, le spese sostenute per cure odontoiatriche (incluse le ortodontiche).



Per gli Assicurati (inclusi i membri del Nucleo Familiare) che aderiscono alla presente copertura nel corso del secondo semestre di ciascun Anno Assicurativo, il Massimale della presente garanzia si intende ridotto del 40% rispetto a quello annuo previsto dal Piano Assicurativo prescelto.

m. Prevenzione dentaria

Un componente del Nucleo Familiare ha diritto, una volta nell'arco dell'Anno Assicurativo, ad una ablazione dentaria (inclusa visita odontoiatrica) da eseguire in Regime Diretto.

Per eseguire il pacchetto di Prevenzione Dentaria il componente del Nucleo Familiare Assicurato che usufruirà della prestazione in Regime Diretto, deve contattare preventivamente MyAssistance. La Struttura Operativa in accordo con l'Assicurato provvederà a prenotare presso la Struttura Convenzionata prescelta l'appuntamento per eseguire la prestazione.

I restanti membri assicurati del Nucleo Familiare, se utilizzano le Strutture Convenzionate, potranno beneficiare delle tariffe agevolate, ma non potranno attivare la copertura assicurativa.

n. Lenti / Occhiali

L'Assicuratore riconosce, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nel Piano Assicurativo prescelto, le spese per l'acquisto di lenti e occhiali (compresa la montatura) o lenti a contatto correttive (**escluse le lenti estetiche**), a seguito di modifica del visus o di prescrizione prime lenti.

La richiesta di rimborso per le lenti a contatto correttive dovrà essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'Anno Assicurativo.

Sono escluse, anche se comprese sulla medesima fattura di spesa, le spese relative a liquidi per la pulizia e simili.

o. Cure Oncologiche in regime extraospedaliero

L'Assicuratore riconosce, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nel Piano Assicurativo prescelto, le spese sostenute per Visite Specialistiche, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici e/o terapie oncologiche (chemioterapia, radioterapia, cobaltoterapia ecc), anche farmacologiche, rese necessarie da Malattie Oncologiche, **non effettuate in regime di Ricovero, Day Hospital o Intervento Chirurgico Ambulatoriale.**

Qualora le cure oncologiche effettuate in regime extraospedaliero siano correlate ad un Ricovero, Day Hospital o Intervento Chirurgico Ambulatoriale:

- se le stesse rientrano nel periodo PRE/POST: opera prima la garanzia ospedaliera (precedente punto a.);
- se le stesse eccedono il limite dei giorni PRE/POST della garanzia ospedaliera (precedente punto a.) si attiverà la presente garanzia "Cure oncologiche – in regime extraospedaliero".

Esaurito il Massimale della garanzia "Cure oncologiche – in regime extraospedaliero", se prevista dal Piano Assicurativo prescelto, l'Assicurato potrà attivare la garanzia extraospedaliera "Visite Specialistiche e accertamenti diagnostici" (precedente punto 1.);

Qualora le cure oncologiche non siano correlate ad un Ricovero, Day Hospital o Intervento Chirurgico Ambulatoriale opera direttamente la presente garanzia "Cure oncologiche – in regime extraospedaliero". Esaurito il Massimale della presente garanzia, se l'Assicurato necessita di ulteriori Visite Specialistiche oppure accertamenti diagnostici (escluse le terapie) può attivare la garanzia extraospedaliera "Visite Specialistiche e accertamenti diagnostici" (precedente punto i.) .

p. Prevenzione – Check Up

L'Assicuratore riconosce, **al solo Dipendente di età pari o superiore a 31 anni**, a titolo di prevenzione, accertamenti diagnostici da eseguire in un'unica soluzione presso le Strutture Convenzionate in Regime Diretto.

I pacchetti sono predefiniti in base all'età ed al sesso del Dipendente come di seguito indicato e includono i seguenti accertamenti:

Donna tra 31 e 40 anni (compiuti):

Emocromo completo, VES, Azotemia, Gamma GT, Glicemia, Colesterolo totale, HDL/LDL, Trigliceridi, Transaminasi ASL, Transaminasi ALT, Esame urine completo, Sangue occulto nelle feci, ECG, Ecografia addome completo, Pap test, Ecografia mammaria, Visita medica generale

Donna oltre 40 anni:

Mammografia in sostituzione dell'ecografia mammaria, prevista per la fascia 31 e 40 anni

Uomo tra 31 e 50 anni (compiuti):

Emocromo completo, VES, Azotemia, Gamma GT, Glicemia, Colesterolo totale, HDL/LDL, Trigliceridi, Transaminasi ASL, Transaminasi ALT, Esame urine completo, Sangue occulto nelle feci, ECG, Ecografia addome completo, Uricemia, visita medica generale

Uomo oltre 50 anni:

PSA in aggiunta agli accertamenti previsti per la fascia 31 e 50 anni.



Per eseguire il pacchetto di prevenzione l'Assicurato deve contattare preventivamente MyAssistance. La Struttura Operativa in accordo con l'Assicurato provvederà a prenotare presso la Struttura Convenzionata prescelta l'appuntamento per eseguire la prestazione in Regime Diretto.

L'Assicurato potrà effettuare i check-up per la prima volta nel corso del secondo anno di copertura con lo stesso Assicuratore e, successivamente, con cadenza biennale a condizione che la Polizza sia stata rinnovata e che la persona sia Assicurata.

Il primo check-up è totalmente a carico dell'Assicuratore. Per i successivi check-up è prevista l'applicazione di una **Franchigia di € 50,00**. Gli esiti del check-up saranno comunicati esclusivamente all'Assicurato.

Art. 30 - Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

a) le prestazioni:

- non specificatamente incluse nelle garanzie descritte al precedente art. 29 "Garanzie";
- senza l'indicazione della diagnosi accertata o sospetta (per la sola garanzia "Prevenzione - Check Up" non è richiesta alcuna diagnosi);
- effettuate per familiarità o predisposizione genetica;
- non effettuate presso Istituti di Cura, Centri Medici o da medici specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;
- 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;
- necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;

b) qualsiasi malattia che sia correlata direttamente o indirettamente all'H.I.V.;

c) le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti Fisici o Malformazioni Congenite preesistenti alla data di decorrenza dell'Assicurazione, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore ai 3 anni assicurati dalla nascita;

d) le cure e gli accertamenti odontoiatrici, le protesi dentarie e le cure ortodontiche, se non ricomprese nel Piano Assicurativo prescelto;

e) le spese per prestazioni di routine e/o controllo (ad esempio: visita ginecologica, oculistica, pediatrica), i vaccini, le prestazioni di medicina generale, ad eccezione delle sole prestazioni previste nella garanzia "Prevenzione - Check Up";

f) le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;

g) le spese per prestazioni di agopuntura, logopedia, se non ricomprese nel Piano Assicurativo prescelto;

h) i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria da questi disturbi, gli interventi di Chirurgia Bariatrica per curare l'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III grado (indice di massa corporea uguale o superiore a 40), nonché le prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica;

i) le prestazioni e gli interventi non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia e Infortunio;

j) i trattamenti psicoterapici e le spese per prestazioni rese necessarie da Malattia Mentale, e loro complicanze e conseguenze;

k) i Ricoveri Impropri;

l) i Ricoveri per Lungodegenza;

m) i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di Medicina Sperimentale e Medicina Alternativa;

n) l'interruzione volontaria della gravidanza;

o) le applicazioni di carattere estetico;

p) i trattamenti/interventi di chirurgia plastica, salvo che siano effettuati:

- a scopo ricostruttivo, anche estetico, per neonati fino a tre anni di età compiuti;
- a scopo ricostruttivo a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza;
- a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi per neoplasia maligna;

q) 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;

r) le conseguenze di:

- guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
- qualsiasi atto di terrorismo;
- terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;

s) gli Infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;



t) **gli Infortuni:**

- sofferti in stato di ubriachezza o ebbrezza alla guida di veicoli in genere (come definito dal Codice della Strada), o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paracadenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), rafting, canoa fluviale, guidoslitta, kitesurf, snowkite, arrampicata libera (freeclimbing), discesa con skeleton, bob, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), football americano, hockey a rotelle e su ghiaccio, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, mountain bike e "downhill".

Art. 31 – Copertura in forma integrativa

La copertura in forma integrativa **opera esclusivamente a secondo rischio**, pertanto l'Assicurato ha sempre l'obbligo di richiedere preventivamente al Fondo di categoria (FASI, FASDAC, QUAS o altri Fondi equivalenti) il Rimborso delle spese sostenute per le prestazioni sanitarie, oggetto del contratto.

Di seguito le modalità di rimborso suddivise per categoria:

Dirigenti e familiari del Dirigente iscritti al Fondo di categoria

- a) **ad integrazione (secondo rischio)**, senza applicazione di Scoperti/Franchigie, fermi i Massimali e limiti annui del Piano Assicurativo prescelto, per le prestazioni coperte dal Fondo, per le quali lo stesso è intervenuto a primo rischio, purché indennizzabili ai sensi di Polizza. Tutti gli Assicurati (Dirigenti e familiari) devono essere iscritti al Fondo di categoria;
- b) **a primo rischio** con **applicazione di uno Scoperto del 30%**, fermi i Massimali e limiti annui del Piano Assicurativo prescelto, per le prestazioni non coperte dal Fondo oppure previste dallo stesso, ma non rimborsate dall'ente per qualsiasi motivo, purché indennizzabili ai sensi di Polizza. Tutti gli Assicurati (Dirigenti e familiari) devono essere iscritti al Fondo di categoria.

Per i familiari del Dirigente **non** iscritti al Fondo di categoria ma inclusi nella presente copertura, **la stessa opererà a primo rischio con applicazione di uno Scoperto del 30%**, fermi i Massimali e i limiti annui del Piano Assicurativo prescelto e quanto normato nelle Condizioni di Assicurazione.

Lo Scoperto non viene applicato in caso di Indennità Sostitutiva.

Quadri e familiari

Valido solo per il Quadro

- a) **ad integrazione (secondo rischio)**: senza applicazione di Scoperti/Franchigie, fermi i Massimali e limiti annui del Piano Assicurativo prescelto, per le prestazioni coperte dal Fondo, per le quali lo stesso è intervenuto a primo rischio, purché indennizzabili ai sensi di Polizza.
- b) **a primo rischio**: applicazione di uno Scoperto del 30%, fermi i Massimali e limiti annui del Piano Assicurativo prescelto, per le prestazioni non coperte dal Fondo oppure previste dallo stesso, ma non rimborsate dall'ente per qualsiasi motivo, purché indennizzabili ai sensi di Polizza.

Valido soli per i Familiari del Quadro

Come da regolamento QUAS i familiari del Quadro non sono coperti, pertanto la presente copertura **opera sempre a primo rischio** con applicazione di Scoperti/Franchigie, entro i limiti e Massimali annui del Piano Assicurativo prescelto e fermo quanto normato nelle Condizioni di Assicurazione.

Art. 32 – Piani Assicurativi

L'Azienda Associata può scegliere, per ciascuna delle categorie da assicurare, quale tra i seguenti Piani Assicurativi intende attivare. Il Piano Assicurativo prescelto sarà espressamente richiamato nel Certificato di Assicurazione.

Se non diversamente indicato:

- i Massimali e limiti si applicano per Anno Assicurativo e per Nucleo Familiare;
- gli Scoperti / Franchigie si applicano per Evento.



Base Livello 1 (copertura in forma completa) – Indennitaria

Prestazioni ospedaliere:

GARANZIA	MASSIMALI, SOTTOMASSIMALI E CONDIZIONI
➤ Indennità Giornaliera Si intende la diaria nel caso di ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital (DH) /Day Surgery (DS) in regime di Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o privato	Ricovero con o senza Intervento Chirurgico Indennità Giornaliera di 100€ al giorno 2 giorni di franchigia fissa, massimo 200 giorni DH o DS 50€ al giorno, massimo 100 giorni (ricompresi nei 200 giorni)
➤ Indennità da gessatura per infortunio	75€ giorno, massimo 30 giorni

Prestazioni extra-ospedaliere:

GARANZIA	MASSIMALI, SOTTOMASSIMALI E CONDIZIONI
➤ Assistenza infermieristica domiciliare (la garanzia è descritta al punto i. della sezione Garanzie Extraospedaliere)	Massimale 500€ 35€ al giorno
➤ Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da Infortunio	Massimale di 1.000€ Rimborso al 100%
➤ Cure dentarie da Infortunio	Massimale di 1.000€ Rimborso al 100%



Base Livello 2 (copertura in forma completa) – Rimborso Spese Mediche Prestazioni ospedaliere:

GARANZIA	MASSIMALI, SOTTOMASSIMALI E CONDIZIONI
➤ Ricovero Si intendono le spese mediche effettuate durante: - Ricoveri ospedalieri con o senza Intervento Chirurgico - Day Hospital (DH) o Day Surgery (DS) - Interventi Chirurgici Ambulatoriali	Massimale di 100.000€ <u>In Regime Diretto:</u> Franchigia fissa di 1.000€, ridotta a 250€ in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale <u>In Regime Rimborsuale:</u> applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non rimborsabile di 1.500€ <u>Regime Misto</u>, per le spese mediche eseguite in: - Regime Diretto: Franchigia fissa di 1.000€, ridotta a 250€ in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale; Regime Rimborsuale: applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non rimborsabile di 1.500€
GARANZIE DI RICOVERO CON SOTTO-MASSIMALI (DOVE INDICATI)	
Spese pre e post Si intendono le spese mediche effettuate nei 60 giorni precedenti e nei 60 giorni successivi l'Evento principale: Ricovero, DH/DS o Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Incluse nel Massimale della garanzia "Ricovero" Il rimborso segue il regime dell'Evento principale: applicazione dello Scoperto o Franchigia previsti per il Regime Diretto o applicazione dello Scoperto o Franchigia previsti per il Regime Rimborsuale.
Rette di degenza Si intendono le spese di alloggio in Istituto di Cura	Sottomassimale di 250€ solamente presso Strutture non Convenzionate
Parto fisiologico Si intendono le spese pre/durante/post per parto fisiologico	Sottomassimale di 3.000€ senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie
Parto cesareo o aborto terapeutico Si intendono le spese pre/durante/post per cesareo o aborto	Sottomassimale di 4.000€ senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie
Accompagnatore Si intendono le spese per il vitto e il pernottamento dell'accompagnatore	Sottomassimale di 30€ al giorno per un massimo di 50 giorni all'anno (1.500€ totali) senza applicazione di Scoperti o Franchigie
Trasporto dell'assicurato Si intendono le spese per il trasporto dell'Assicurato presso l'Istituto di Cura	Sottomassimale di 1.000€ senza applicazione di Scoperti o Franchigie
Rimpatrio della salma Si intendono le spese per il rimpatrio della salma dell'assicurato	Sottomassimale di 1.000€ senza applicazione di Scoperti o Franchigie
Ticket SSN Si intendono le spese per i ticket del sistema sanitario nazionale	Incluso nel Massimale della garanzia "Ricovero" Rimborso al 100%
Indennità sostitutiva Si intende la diaria nel caso di ricovero, DH//DS in regime di Servizio Sanitario Nazionale	Sottomassimale di 80€ al giorno per un massimo di 50 giorni l'anno (4.000€ totali)
Spese Pre e Post Indennità Sostitutiva Si intendono incluse le spese mediche effettuate nei 60 giorni precedenti e nei 60 giorni successivi l'Evento principale: Ricovero, DH/DS.	Incluse nel Massimale della garanzia "Ricovero" Rimborso al 100%



Prestazioni extra-ospedaliere:

GARANZIA	MASSIMALI, SOTTOMASSIMALI E CONDIZIONI
➤ Alta diagnostica (la lista esaustiva con gli accertamenti di alta specializzazione <i>sempre prevista</i> è presente al punto h. della sezione Garanzie Extraospedaliere)	Massimale 4.000€ Applicazione di uno Scoperto del 20% in Regime Diretto e in Regime Rimborsuale Ticket SSN: Rimborso al 100%
➤ Assistenza infermieristica domiciliare (la garanzia è descritta al punto i. della sezione Garanzie Extraospedaliere)	Massimale di 600€ 40€ al giorno
➤ Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da Infortunio	Massimale di 500€ Rimborso al 100%
➤ Cure dentarie da Infortunio	Massimale di 2.000€ Rimborso al 100%
➤ Cure dentarie da malattia (inclusa ortodonzia)	Massimale di 250€ Applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non rimborsabile di 100€ in Regime Diretto e Regime Rimborsuale Ticket SSN: Rimborso al 100%
➤ Prevenzione dentaria	1 ablazione all'anno/nucleo (incl. visita) in Regime Diretto, i membri del Nucleo Familiare possono beneficiare di tariffe agevolate
➤ Cure Oncologiche in regime extraospedaliero	Massimale di 10.000€ Rimborso al 100%



Base Livello 3 (copertura in forma completa) – Rimborso Spese Mediche Prestazioni ospedaliere:

GARANZIA	MASSIMALI, SOTTOMASSIMALI E CONDIZIONI
➤ Ricovero Si intendono le spese mediche effettuate durante: - Ricoveri ospedalieri con o senza Intervento Chirurgico - Day Hospital (DH) o Day Surgery (DS) - Interventi Chirurgici Ambulatoriali	Massimale di 200.000€ <u>In Regime Diretto:</u> Rimborso al 100% <u>In Regime Rimborsuale:</u> applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non rimborsabile di 750€ <u>Regime Misto</u>, per le spese mediche eseguite in: - Regime Diretto: Rimborso al 100%; - Regime Rimborsuale: applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non rimborsabile di 750€
GARANZIE DI RICOVERO CON SOTTO-MASSIMALI (DOVE INDICATI)	
Spese pre e post Si intendono le spese mediche effettuate nei 90 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi l'Evento principale: Ricovero, DH/DS o Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Incluse nel Massimale della garanzia "Ricovero" Il rimborso segue il regime dell'Evento principale: applicazione dello Scoperto o Franchigia previsti per il Regime Diretto o applicazione dello Scoperto o Franchigia previsti per il Regime Rimborsuale.
Rette di degenza Si intendono le spese di alloggio in Istituto di Cura	Sottomassimale di 300€ solamente presso Strutture non Convenzionate
Parto fisiologico Si intendono le spese pre/durante/post per parto fisiologico	Sottomassimale di 3.000€ senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie
Parto cesareo o aborto terapeutico Si intendono le spese pre/durante/post per cesareo o aborto	Sottomassimale di 4.000€ senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie
Chirurgia refrattiva Si intendono le spese pre/durante/post per intervento di chirurgia refrattiva	Sottomassimale di 1.000€ per occhio senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie
Accompagnatore Si intendono le spese per il vitto e il pernottamento dell'accompagnatore	Sottomassimale di 30€ al giorno per un massimo di 50 giorni all'anno (1.500€ totali) senza applicazione di Scoperti o Franchigie
Trasporto dell'assicurato Si intendono le spese per il trasporto dell'Assicurato presso l'Istituto di Cura	Sottomassimale di 1.000€ senza applicazione di Scoperti o Franchigie
Rimpatrio della salma Si intendono le spese per il rimpatrio della salma dell'assicurato	Sottomassimale di 1.000€ senza applicazione di Scoperti o Franchigie
Ticket SSN Si intendono le spese per i ticket del sistema sanitario nazionale	Incluso nel Massimale della garanzia "Ricovero" Rimborso al 100%
Indennità sostitutiva Si intende la diaria nel caso di ricovero, DH//DS in regime di Servizio Sanitario Nazionale	Sottomassimale di 100€ al giorno per un massimo di 80 giorni l'anno (8.000€ totali)
Spese Pre e Post Indennità Sostitutiva Si intendono incluse le spese mediche effettuate nei 90 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi l'Evento principale: Ricovero, DH/DS.	Incluse nel Massimale della garanzia "Ricovero" Rimborso al 100%

Condizioni di Assicurazione – All Well - Bi Salus

Polizza Sanitaria collettiva di gruppo di durata monoannuale



Prestazioni extra-ospedaliere:

GARANZIA	MASSIMALI, SOTTOMASSIMALI E CONDIZIONI
➤ Alta diagnostica (la lista esaustiva con gli accertamenti di alta specializzazione <i>sempre prevista</i> è presente al punto h. della sezione Garanzie Extraospedaliere)	Massimale 4.000€ Applicazione di uno Scoperto del 20% in Regime Diretto e in Regime Rimborsuale Ticket SSN: Rimborso al 100%
➤ Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio Si intendono le spese per Visite Specialistiche, esami diagnostici (esclusi quelli elencati al punto h. della sezione Garanzie Extraospedaliere), analisi di laboratorio	Massimale di 1.500€ Applicazione di uno Scoperto del 20% con minimo non rimborsabile di 50€ in Regime Diretto e Regime Rimborsuale Ticket SSN: Rimborso al 100%
GARANZIE DI VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, ANALISI DI LABORATORIO CON SOTTO-MASSIMALI (DOVE INDICATI)	
Assistenza infermieristica domiciliare	Sottomassimale di 600€ 40€ al giorno
➤ Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da Infortunio	Massimale di 1.500€ Rimborso al 100%
➤ Cure dentarie da Infortunio	Massimale di 4.000€ Rimborso al 100%
➤ Cure dentarie da malattia (inclusa ortodonzia)	Massimale di 1.000€ Applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non rimborsabile di 150€ in Regime Diretto e in Regime Rimborsuale Ticket SSN: Rimborso al 100%
➤ Prevenzione dentaria	1 ablazione all'anno/nucleo (incl. visita) in Regime Diretto, i membri del Nucleo Familiare possono beneficiare di tariffe agevolate
➤ Lenti e occhiali	Massimale di 150€ Applicazione di una franchigia fissa di 50€
➤ Cure Oncologiche in regime extraospedaliero	Massimale di 10.000€ Rimborso al 100%



Pro Livello 1 (copertura in forma completa e integrativa) – Rimborso Spese Mediche

Prestazioni ospedaliere:

GARANZIA	MASSIMALI, SOTTOMASSIMALI E CONDIZIONI
➤ Ricovero Si intendono le spese mediche effettuate durante: - Ricoveri ospedalieri con o senza Intervento Chirurgico - Day Hospital (DH) o Day Surgery (DS) - Interventi Chirurgici Ambulatoriali	Massimale di 200.000€ <u>In Regime Diretto:</u> Rimborso al 100% <u>In Regime Rimborsuale:</u> applicazione di uno Scoperto del 20% con il massimo non rimborsabile di 5.000€ <u>Regime Misto</u>, per le spese mediche eseguite in: - Regime Diretto: Rimborso al 100%; - Regime Rimborsuale: applicazione di uno Scoperto del 20% con il massimo non rimborsabile di 5.000€
GARANZIE DI RICOVERO CON SOTTO-MASSIMALI (DOVE INDICATI)	
Spese pre e post Si intendono le spese mediche effettuate nei 90 giorni precedenti e i 90 giorni successivi l'Evento principale: Ricovero, DH/DS o Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Incluse nel Massimale della garanzia "Ricovero" Il rimborso segue il regime dell'Evento principale: applicazione dello Scoperto o Franchigia previsti per il Regime Diretto o applicazione dello Scoperto o Franchigia previsti per il Regime Rimborsuale.
Rette di degenza Si intendono le spese di alloggio in Istituto di Cura	Sottomassimale di 350€ solamente presso Strutture non Convenzionate
Parto fisiologico Si intendono le spese pre/durante/post per parto fisiologico	Sottomassimale di 3.000€ senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie
Parto cesareo o aborto terapeutico Si intendono le spese pre/durante/post per cesareo o aborto	Sottomassimale di 7.000€ senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie
Chirurgia refrattiva Si intendono le spese pre/durante/post per intervento di chirurgia refrattiva	Sottomassimale di 1.000€ per occhio senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie
Accompagnatore Si intendono le spese per il vitto e il pernottamento dell'accompagnatore	Sottomassimale di 35€ al giorno per un massimo di 50 giorni all'anno (1.750€ totali) senza applicazione di Scoperti o Franchigie
Trasporto dell'assicurato Si intendono le spese per il trasporto dell'Assicurato presso l'Istituto di Cura	Sottomassimale di 3.000€ senza applicazione di Scoperti o Franchigie
Rimpatrio della salma Si intendono le spese per il rimpatrio della salma dell'assicurato	Sottomassimale di 3.000€ senza applicazione di Scoperti o Franchigie
Ticket SSN Si intendono le spese per i ticket del sistema sanitario nazionale	Incluso nel Massimale della garanzia "Ricovero" Rimborso al 100%
Indennità sostitutiva Si intende la diaria nel caso di ricovero, DH//DS in regime di Servizio Sanitario Nazionale	Sottomassimale di 130€ al giorno per un massimo di 80 giorni l'anno (10.400€ totali)
Spese Pre e Post Indennità Sostitutiva Si intendono incluse le spese mediche effettuate nei 90 giorni precedenti e i 90 giorni successivi l'Evento principale: Ricovero, DH/DS.	Incluse nel Massimale della garanzia "Ricovero" Rimborso al 100%



Prestazioni extra-ospedaliere:

GARANZIA	MASSIMALI, SOTTOMASSIMALI E CONDIZIONI
➤ Alta diagnostica (la lista esaustiva con gli accertamenti di alta specializzazione <i>sempre prevista</i> è presente al punto h. della sezione Garanzie Extraospedaliere)	Massimale 5.000€ Applicazione di uno Scoperto del 20% in Regime Diretto e in Regime Rimborsuale Ticket SSN: Rimborso al 100%
➤ Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio Si intendono le spese per Visite Specialistiche, esami diagnostici (esclusi quelli elencati al punto h. della sezione Garanzie Extraospedaliere), analisi di laboratorio	Massimale di 1.500€ Applicazione di uno Scoperto del 20% con minimo non rimborsabile di 50€ in Regime Diretto e Regime Rimborsuale Ticket SSN: Rimborso al 100%
GARANZIE DI VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, ANALISI DI LABORATORIO CON SOTTO-MASSIMALI (DOVE INDICATI)	
Assistenza infermieristica domiciliare	Sottomassimale di 800€ 40€ al giorno
➤ Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da Infortunio	Massimale di 2.000€ Rimborso al 100%
➤ Cure dentarie da Infortunio	Massimale di 4.000€ Rimborso al 100%
➤ Cure dentarie da malattia (inclusa ortodonzia)	Massimale di 1.000€ Applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non rimborsabile di 150€ in Regime Diretto e in Regime Rimborsuale Ticket SSN: Rimborso al 100%
➤ Prevenzione dentaria	1 ablazione all'anno/nucleo (incl. visita) in Regime Diretto, i membri del Nucleo Familiare possono beneficiare di tariffe agevolate
➤ Cure Oncologiche in regime extraospedaliero	Massimale di 10.000€ Rimborso al 100%



Pro Livello 2 (copertura in forma completa e integrativa) – Rimborso Spese Mediche

Prestazioni ospedaliere:

GARANZIA	MASSIMALI, SOTTOMASSIMALI E CONDIZIONI
➤ Ricovero Si intendono le spese mediche effettuate durante: - Ricoveri ospedalieri con o senza Intervento Chirurgico - Day Hospital (DH) o Day Surgery (DS) - Interventi Chirurgici Ambulatoriali	Massimale di 300.000€ per utilizzo di Strutture non Convenzionate (Regime rimborsuale). Massimale aumentato a 500.000€ per utilizzo di Strutture Convenzionate (Regime Diretto) <u>In Regime Diretto</u>: Rimborso al 100% <u>In Regime Rimborsuale</u>: applicazione di uno Scoperto del 20% con il massimo non rimborsabile di 5.000€ <u>Regime Misto</u>, per le spese mediche eseguite in: - Regime Diretto: Rimborso al 100%, - Regime Rimborsuale: applicazione di uno Scoperto del 20% con il massimo non rimborsabile di 5.000€
GARANZIE DI RICOVERO CON SOTTO-MASSIMALI (DOVE INDICATI)	
Spese pre e post Si intendono le spese mediche effettuate nei 100 giorni precedenti e i 100 giorni successivi l'Evento principale: Ricovero, DH/DS o Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Incluse nel Massimale della garanzia "Ricovero" Il rimborso segue il regime dell'Evento principale: applicazione dello Scoperto o Franchigia previsti per il Regime Diretto o applicazione dello Scoperto o Franchigia previsti per il Regime Rimborsuale.
Rette di degenza Si intendono le spese di alloggio in Istituto di Cura	Sottomassimale di 500€ solamente presso Strutture non Convenzionate
Parto fisiologico Si intendono le spese pre/durante/post per parto fisiologico	Sottomassimale di 4.000€ senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie
Parto cesareo o aborto terapeutico Si intendono le spese pre/durante/post per cesareo o aborto	Sottomassimale di 8.000€ senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie
Chirurgia refrattiva Si intendono le spese pre/durante/post per intervento di chirurgia refrattiva	Sottomassimale di 1.500€ per occhio senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie
Accompagnatore Si intendono le spese per il vitto e il pernottamento dell'accompagnatore	Sottomassimale di 50€ al giorno per un massimo di 50 giorni all'anno (2.500€ totali) senza applicazione di Scoperti o Franchigie
Trasporto dell'assicurato Si intendono le spese per il trasporto dell'Assicurato presso l'Istituto di Cura	Sottomassimale di 3.000€ senza applicazione di Scoperti o Franchigie
Rimpatrio della salma Si intendono le spese per il rimpatrio della salma dell'assicurato	Sottomassimale di 3.000€ senza applicazione di Scoperti o Franchigie
Ticket SSN Si intendono le spese per i ticket del sistema sanitario nazionale	Incluso nel Massimale della garanzia "Ricovero" Rimborso al 100%
Indennità sostitutiva Si intende la diaria nel caso di ricovero, DH//DS in regime di Servizio Sanitario Nazionale	Sottomassimale di 150€ al giorno per un massimo di 100 giorni l'anno (15.000€ totali)
Spese Pre e Post Indennità Sostitutiva Si intendono incluse le spese mediche effettuate nei 100 giorni precedenti e i 100 giorni successivi l'Evento principale: Ricovero, DH/DS.	Incluse nel Massimale della garanzia "Ricovero" Rimborso al 100%

Condizioni di Assicurazione – All Well - Bi Salus

Polizza Sanitaria collettiva di gruppo di durata monoannuale



Prestazioni extra-ospedaliere:

GARANZIA	MASSIMALI, SOTTOMASSIMALI E CONDIZIONI
➤ Alta diagnostica (la lista esaustiva con gli accertamenti di alta specializzazione <i>sempre prevista</i> è presente al punto h. della sezione Garanzie Extraospedaliere)	Massimale 8.000€ Applicazione di uno Scoperto del 20% in Regime Diretto e in Regime Rimborsuale Ticket SSN: Rimborso al 100%
➤ Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio Si intendono le spese per Visite Specialistiche, esami diagnostici (esclusi quelli elencati al punto h. della sezione Garanzie Extraospedaliere), analisi di laboratorio	Massimale di 2.500€ Applicazione di uno Scoperto del 15% con minimo non rimborsabile di 40€ in Regime Diretto e Regime Rimborsuale Ticket SSN: Rimborso al 100%
GARANZIE DI VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, ANALISI DI LABORATORIO CON SOTTO-MASSIMALI (DOVE INDICATI)	
Assistenza infermieristica domiciliare	Sottomassimale di 800€ 40€ al giorno
➤ Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da Infortunio	Massimale di 2.500€ Rimborso al 100%
➤ Cure dentarie da Infortunio	Massimale di 4.000€ Rimborso al 100%
➤ Cure dentarie da malattia (inclusa ortodonzia)	Massimale di 2.000€ Applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non rimborsabile di 150€ in Regime Diretto e Regime Rimborsuale Ticket SSN: Rimborso al 100%
➤ Prevenzione dentaria	1 ablazione all'anno/nucleo (incl. visita) in Regime Diretto, i membri del Nucleo Familiare possono beneficiare di tariffe agevolate
➤ Lenti e occhiali	Massimale di 300€ Applicazione di una Franchigia fissa di 50€
➤ Cure Oncologiche in regime extraospedaliero	Massimale di 10.000€ Rimborso al 100%



Pro Livello 3 (copertura in forma integrativa) – Rimborso Spese Mediche Prestazioni ospedaliere:

GARANZIA	MASSIMALI, SOTTOMASSIMALI E CONDIZIONI
➤ Ricovero Si intendono le spese mediche effettuate durante: - Ricoveri ospedalieri con o senza Intervento Chirurgico - Day Hospital (DH) o Day Surgery (DS) - Interventi Chirurgici Ambulatoriali	Massimale di 300.000€ per utilizzo Strutture non Convenzionate (Regime rimborsuale). Massimale aumentato a 500.000€ per utilizzo Strutture Convenzionate (Regime Diretto) Rimborso come da copertura in forma integrativa
GARANZIE DI RICOVERO CON SOTTO-MASSIMALI (DOVE INDICATI)	
Spese pre e post Si intendono le spese mediche effettuate nei 90 giorni precedenti e i 90 giorni successivi l'Evento principale: Ricovero, DH/DS o Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Incluse nel Massimale della garanzia "Ricovero" Rimborso come da copertura in forma integrativa
Rette di degenza Si intendono le spese di alloggio in Istituto di Cura	Incluse nel Massimale della garanzia "Ricovero"
Parto fisiologico Si intendono le spese pre/durante/post per parto fisiologico	Sottomassimale di 3.000€ Rimborso come da copertura in forma integrativa
Parto cesareo o aborto terapeutico Si intendono le spese pre/durante/post per cesareo o aborto	Sottomassimale di 6.000€ Rimborso come da copertura in forma integrativa
Chirurgia refrattiva Si intendono le spese pre/durante/post per intervento di chirurgia refrattiva	Sottomassimale di 1.500€ per occhio Rimborso come da copertura in forma integrativa
Accompagnatore Si intendono le spese per il vitto e il pernottamento dell'accompagnatore	Sottomassimale di 75€ al giorno per un massimo di 50 giorni all'anno (3.750€ totali) Rimborso al 100%
Trasporto dell'assicurato Si intendono le spese per il trasporto dell'Assicurato presso l'Istituto di Cura	Sottomassimale di 3.000€ Rimborso come da copertura in forma integrativa
Rimpatrio della salma Si intendono le spese per il rimpatrio della salma dell'assicurato	Sottomassimale di 3.000€ Rimborso come da copertura in forma integrativa
Ticket SSN Si intendono le spese per i ticket del sistema sanitario nazionale	Incluso nel Massimale della garanzia "Ricovero" Rimborso come da copertura in forma integrativa
Indennità sostitutiva Si intende la diaria nel caso di ricovero, DH//DS in regime di Servizio Sanitario Nazionale	Sottomassimale di 120€ al giorno per un massimo di 100 giorni l'anno (12.000€ totali)
Spese Pre e Post Indennità Sostitutiva Si intendono incluse le spese mediche effettuate nei 90 giorni precedenti e i 90 giorni successivi l'Evento principale: Ricovero, DH/DS.	Incluse nel Massimale della garanzia "Ricovero" Rimborso come da copertura in forma integrativa



Prestazioni extra-ospedaliere:

GARANZIA	MASSIMALI, SOTTOMASSIMALI E CONDIZIONI
➤ Alta diagnostica (la lista esaustiva con gli accertamenti di alta specializzazione <i>sempre prevista</i> è presente al punto h. della sezione Garanzie Extraospedaliere)	Massimale 8.000€ Rimborso come da copertura in forma integrativa
➤ Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio Si intendono le spese per Visite Specialistiche, esami diagnostici (esclusi quelli elencati al punto h. della sezione Garanzie Extraospedaliere), analisi di laboratorio	Massimale di 3.000€ Rimborso come da copertura in forma integrativa
GARANZIE DI VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, ANALISI DI LABORATORIO CON SOTTO-MASSIMALI (DOVE INDICATI)	
Assistenza infermieristica domiciliare	Sottomassimale di 1.000€ 50€ al giorno
Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi (da Malattia), Agopuntura e logopedia	Sottomassimale di 3.000€ Rimborso come da copertura in forma integrativa
➤ Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da Infortunio	Massimale di 2.500€ Rimborso da integrativa
➤ Cure dentarie da Infortunio	Massimale di 4.000€ Rimborso come da copertura in forma integrativa
➤ Cure dentarie da malattia (inclusa ortodonzia)	Massimale di 1.500€ Rimborso come da copertura in forma integrativa
➤ Prevenzione dentaria	1 ablazione all'anno/nucleo (incl. visita) in Regime Diretto, i membri del Nucleo Familiare possono beneficiare di tariffe agevolate
➤ Cure Oncologiche in regime extraospedaliero	Massimale di 10.000€ Rimborso come da copertura in forma integrativa



Pro Livello 4 (copertura in forma integrativa) – Rimborso Spese Mediche Prestazioni ospedaliere:

GARANZIA	MASSIMALI, SOTTOMASSIMALI E CONDIZIONI
➤ Ricovero Si intendono le spese mediche effettuate durante: - Ricoveri ospedalieri con o senza Intervento Chirurgico - Day Hospital (DH) o Day Surgery (DS) - Interventi Chirurgici Ambulatoriali	Massimale di 500.000€ per utilizzo Strutture non Convenzionate (Regime rimborsuale). Massimale aumentato a 1.000.000€ per utilizzo Strutture Convenzionate (Regime Diretto) Rimborso come da copertura in forma integrativa
GARANZIE DI RICOVERO CON SOTTO-MASSIMALI (DOVE INDICATI)	
Spese pre e post Si intendono le spese mediche effettuate nei 120 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi l'Evento principale: Ricovero, DH/DS o Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Incluse nel Massimale della garanzia "Ricovero" Rimborso come da copertura in forma integrativa
Rette di degenza Si intendono le spese di alloggio in Istituto di Cura	Incluse nel Massimale della garanzia "Ricovero"
Parto fisiologico Si intendono le spese pre/durante/post per parto fisiologico	Sottomassimale di 5.000€ Rimborso come da copertura in forma integrativa
Parto cesareo o aborto terapeutico Si intendono le spese pre/durante/post per cesareo o aborto	Sottomassimale di 10.000€ Rimborso come da copertura in forma integrativa
Chirurgia refrattiva Si intendono le spese pre/durante/post per intervento di chirurgia refrattiva	Sottomassimale di 1.500€ per occhio rimborso come da copertura in forma integrativa
Accompagnatore Si intendono le spese per il vitto e il pernottamento dell'accompagnatore	Sottomassimale di 100€ al giorno per un massimo di 50 giorni all'anno (5.000€ totali) Rimborso al 100%
Trasporto dell'assicurato Si intendono le spese per il trasporto dell'Assicurato presso l'Istituto di Cura	Sottomassimale di 3.000€ Rimborso come da copertura in forma integrativa
Rimpatrio della salma Si intendono le spese per il rimpatrio della salma dell'assicurato	Sottomassimale di 3.000€ Rimborso come da copertura in forma integrativa
Ticket SSN Si intendono le spese per i ticket del sistema sanitario nazionale	Incluso nel Massimale della garanzia "Ricovero" Rimborso come da copertura in forma integrativa
Indennità sostitutiva Si intende la diaria nel caso di ricovero, DH//DS in regime di Servizio Sanitario Nazionale	Sottomassimale di 150€ al giorno per un massimo di 100 giorni l'anno (15.000€ totali)
Spese Pre e Post Indennità Sostitutiva Si intendono incluse le spese mediche effettuate nei 120 giorni precedenti e i 120 giorni successivi l'Evento principale: Ricovero, DH/DS.	Incluse nel Massimale della garanzia "Ricovero" Rimborso come da copertura in forma integrativa



Prestazioni extra-ospedaliere:

GARANZIA	MASSIMALI, SOTTOMASSIMALI E CONDIZIONI
➤ Alta diagnostica (la lista esaustiva con gli accertamenti di alta specializzazione <i>sempre prevista e aggiuntiva</i> è presente al punto h. della sezione Garanzie Extraospedaliere)	Massimale 10.000€ Rimborso come da copertura in forma integrativa
➤ Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio Si intendono le spese per Visite Specialistiche, esami diagnostici (esclusi quelli elencati al punto h. della sezione Garanzie Extraospedaliere), analisi di laboratorio	Massimale di 5.000€ Rimborso come da copertura in forma integrativa
GARANZIE DI VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, ANALISI DI LABORATORIO CON SOTTO-MASSIMALI (DOVE INDICATI)	
Medicinali	Sottomassimale di 500€ Rimborso come da copertura in forma integrativa
Assistenza infermieristica domiciliare	Sottomassimale di 4.000€ 50€ al giorno
Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi (da Malattia), Agopuntura e logopedia	Sottomassimale di 4.000€ Rimborso come da copertura in forma integrativa
➤ Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da Infortunio	Massimale di 4.000€ Rimborso come da copertura in forma integrativa
➤ Cure dentarie da Infortunio	Massimale di 4.000€ Rimborso come da copertura in forma integrativa
➤ Cure dentarie da malattia (inclusa ortodonzia)	Massimale di 2.000€ Rimborso come da copertura in forma integrativa
➤ Prevenzione dentaria	1 ablazione all'anno/nucleo (incl. visita) in Regime Diretto, i membri del Nucleo Familiare possono beneficiare di tariffe agevolate
➤ Lenti e occhiali	Massimale di 400€ Rimborso come da copertura in forma integrativa
➤ Cure Oncologiche in regime extraospedaliero	Massimale di 10.000€ Rimborso da integrativa
➤ Check-up	L'Assicurato potrà effettuare i check-up per la prima volta nel corso del secondo anno di copertura con la presente Società e, successivamente, con cadenza biennale. Il primo check-up è totalmente a carico della Società, per i successivi è prevista l'applicazione di una Franchigia di € 50. Le prestazioni incluse nel pacchetto devono essere eseguite in un'unica soluzione presso Strutture Sanitarie convenzionate, attivando preventivamente la Struttura Operativa di MyAssistance



Executive (copertura in forma completa) – Rimborso Spese Mediche

Prestazioni ospedaliere:

GARANZIA	MASSIMALI, SOTTOMASSIMALI E CONDIZIONI
➤ Ricovero Si intendono le spese mediche effettuate durante: - Ricoveri ospedalieri con o senza Intervento Chirurgico - Day Hospital (DH) o Day Surgery (DS) - Interventi Chirurgici Ambulatoriali	Massimale di 500.000€ per utilizzo di Strutture non Convenzionate (Regime rimborsuale). Massimale aumentato a 1.000.000€ per utilizzo di Strutture Convenzionate (Regime Diretto) <u>In Regime Diretto</u>: Rimborso al 100% <u>In Regime Rimborsuale</u>: applicazione di uno Scoperto del 10% con il minimo non rimborsabile di 500€ <u>Regime Misto</u>, per le spese mediche eseguite in: - Regime Diretto: Rimborso al 100%, - Regime Rimborsuale: applicazione di uno Scoperto del 10% con il minimo non rimborsabile di 500€
GARANZIE DI RICOVERO CON SOTTO-MASSIMALI (DOVE INDICATI)	
Spese pre e post Si intendono le spese mediche effettuate nei 100 giorni precedenti e nei 100 giorni successivi l'Evento principale: Ricovero, DH/DS o Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Incluse nel Massimale della garanzia "Ricovero" Il rimborso segue il regime dell'Evento principale: applicazione dello Scoperto o Franchigia previsti per il Regime Diretto o applicazione dello Scoperto o Franchigie previsti per il Regime Rimborsuale.
Rette di degenza Si intendono le spese di alloggio in Istituto di Cura	Incluse nel Massimale della garanzia "Ricovero"
Parto fisiologico Si intendono le spese pre/durante/post per parto fisiologico	Sottomassimale di 5.000€ senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie
Parto cesareo o aborto terapeutico Si intendono le spese pre/durante/post per cesareo o aborto	Sottomassimale di 10.000€ senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie
Chirurgia refrattiva Si intendono le spese pre/durante/post per intervento di chirurgia refrattiva	Sottomassimale di 1.500€ per occhio senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie
Accompagnatore Si intendono le spese per il vitto e il pernottamento dell'accompagnatore	Sottomassimale di 100€ al giorno per un massimo di 40 giorni all'anno (4.000€ totali) senza applicazione di Scoperti o Franchigie
Trasporto dell'assicurato Si intendono le spese per il trasporto dell'Assicurato presso l'Istituto di Cura	Sottomassimale di 3.000€ senza applicazione di Scoperti o Franchigie
Rimpatrio della salma Si intendono le spese per il rimpatrio della salma dell'assicurato	Sottomassimale di 3.000€ senza applicazione di Scoperti o Franchigie
Ticket SSN Si intendono le spese per i ticket del sistema sanitario nazionale	Incluso nel Massimale della garanzia "Ricovero" Rimborso al 100%
Indennità sostitutiva Si intende la diaria nel caso di ricovero, DH//DS in regime di Servizio Sanitario Nazionale	Sottomassimale di 150€ al giorno per un massimo di 100 giorni l'anno (15.000€ totali)
Spese Pre e Post Indennità Sostitutiva Si intendono incluse le spese mediche effettuate nei 100 giorni precedenti e i 100 giorni successivi l'Evento principale: Ricovero, DH/DS.	Incluse nel Massimale della garanzia "Ricovero" Rimborso al 100%



Prestazioni extra-ospedaliere:

GARANZIA	MASSIMALI, SOTTOMASSIMALI E CONDIZIONI
➤ Alta diagnostica (la lista esaustiva con gli accertamenti di alta specializzazione <i>sempre prevista</i> è presente al punto h. della sezione Garanzie Extraospedaliere)	Massimale 8.000€ Applicazione di uno Scoperto del 20% in Regime Diretto e in Regime Rimborsuale Ticket SSN: Rimborso al 100%
➤ Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio Si intendono le spese per Visite Specialistiche, esami diagnostici (esclusi quelli elencati al punto h. della sezione Garanzie Extraospedaliere), analisi di laboratorio	Massimale di 3.000€ Applicazione di uno Scoperto del 20% con minimo non rimborsabile di 50€ in Regime Diretto e in Regime Rimborsuale Ticket SSN: Rimborso al 100%
GARANZIE DI VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, ANALISI DI LABORATORIO CON SOTTO-MASSIMALI (DOVE INDICATI)	
Medicinali	Sottomassimale di 250€ Applicazione di uno Scoperto del 20% Ticket SSN: Rimborso al 100%
Assistenza infermieristica domiciliare	Sottomassimale di 1.500€ 50€ al giorno
Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi (da Malattia), Agopuntura e logopedia	Inclusi nel Massimale della garanzia "Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio". Applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non rimborsabile di 50€ in Regime Diretto e in Regime Rimborsuale Ticket SSN: Rimborso al 100%
➤ Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da Infortunio	Massimale di 2.500€ Rimborso al 100%
➤ Cure dentarie da Infortunio	Massimale di 4.000€ Rimborso al 100%
➤ Cure dentarie da malattia (inclusa ortodonzia)	Massimale di 2.500€ Applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non rimborsabile di 150€ in Regime Diretto e in Regime Rimborsuale Ticket SSN: Rimborso al 100%
➤ Prevenzione dentaria	1 ablazione all'anno/nucleo (incl. visita) in Regime Diretto, i membri del Nucleo Familiare possono beneficiare di tariffe agevolate
➤ Lenti e occhiali	Massimale di 500€ Applicazione di una franchigia fissa di 50€
➤ Cure Oncologiche in regime extraospedaliero	Massimale di 10.000€ Rimborso al 100%



Executive 3 Admin (copertura in forma completa) – Rimborso Spese Mediche

Prestazioni ospedaliere:

GARANZIA	MASSIMALI, SOTTOMASSIMALI E CONDIZIONI
➤ Ricovero Si intendono le spese mediche effettuate durante: - Ricoveri ospedalieri con o senza Intervento Chirurgico - Day Hospital (DH) o Day Surgery (DS) - Interventi Chirurgici Ambulatoriali	Massimale di 400.000€ <u>In Regime Diretto</u>: Rimborso al 100% <u>In Regime Rimborsuale</u>: applicazione di uno Scoperto del 10% con il minimo non rimborsabile di 500€ <u>Regime Misto</u>, per le spese mediche eseguite in: - Regime Diretto: Rimborso al 100%, - Regime Rimborsuale: applicazione di uno Scoperto del 10% con il minimo non rimborsabile di 500€
GARANZIE DI RICOVERO CON SOTTO-MASSIMALI (DOVE INDICATI)	
Spese pre e post Si intendono le spese mediche effettuate nei 100 giorni precedenti e nei 100 giorni successivi l'Evento principale: Ricovero, DH/DS o Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Incluse nel Massimale della garanzia "Ricovero" Il rimborso segue il regime dell'Evento principale: applicazione dello Scoperto previsto per il Regime Diretto o applicazione dello Scoperto previsto per il Regime Rimborsuale.
Rette di degenza Si intendono le spese di alloggio in Istituto di Cura	Incluse nel Massimale della garanzia "Ricovero"
Parto fisiologico Si intendono le spese pre/durante/post per parto fisiologico	Sottomassimale di 5.000€ senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie
Parto cesareo o aborto terapeutico Si intendono le spese pre/durante/post per cesareo o aborto	Sottomassimale di 10.000€ senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie
Chirurgia refrattiva Si intendono le spese pre/durante/post per intervento di chirurgia refrattiva	Sottomassimale di 1.500€ per occhio senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie
Accompagnatore Si intendono le spese per il vitto e il pernottamento dell'accompagnatore	Sottomassimale di 100€ al giorno per un massimo di 40 giorni all'anno (4.000€ totali) senza applicazione di Scoperti o Franchigie
Trasporto dell'assicurato Si intendono le spese per il trasporto dell'Assicurato presso l'Istituto di Cura	Sottomassimale di 3.000€ senza applicazione di Scoperti o Franchigie
Rimpatrio della salma Si intendono le spese per il rimpatrio della salma dell'assicurato	Sottomassimale di 3.000€ senza applicazione di Scoperti o Franchigie
Ticket SSN Si intendono le spese per i ticket del sistema sanitario nazionale	Incluso nel Massimale della garanzia "Ricovero" Rimborso al 100%
Indennità sostitutiva Si intende la diaria nel caso di ricovero, DH//DS in regime di Servizio Sanitario Nazionale	Sottomassimale di 150€ al giorno per un massimo di 100 giorni l'anno (15.000€ totali)
Spese Pre e Post Indennità Sostitutiva Si intendono incluse le spese mediche effettuate nei 100 giorni precedenti e i 100 giorni successivi l'Evento principale: Ricovero, DH/DS.	Incluse nel Massimale della garanzia "Ricovero" Rimborso al 100%



Prestazioni extra-ospedaliere:

GARANZIA	MASSIMALI, SOTTOMASSIMALI E CONDIZIONI
➤ Alta diagnostica (la lista esaustiva con gli accertamenti di alta specializzazione <i>sempre prevista</i> è presente al punto h. della sezione Garanzie Extraospedaliere)	Massimale 8.000€ Applicazione di uno Scoperto del 20% in Regime Diretto e in Regime Rimborsuale Ticket SSN: Rimborso al 100%
➤ Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio Si intendono le spese per Visite Specialistiche, esami diagnostici (esclusi quelli elencati al punto h. della sezione Garanzie Extraospedaliere), analisi di laboratorio	Massimale di 3.000€ Applicazione di uno Scoperto del 20% con minimo non rimborsabile di 50€ in Regime Diretto e in Regime Rimborsuale Ticket SSN: Rimborso al 100%
GARANZIE DI VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, ANALISI DI LABORATORIO CON SOTTO-MASSIMALI (DOVE INDICATI)	
Medicinali	Sottomassimale di 250€ Applicazione di uno Scoperto del 20% Ticket SSN: Rimborso al 100%
Assistenza infermieristica domiciliare	Sottomassimale di 1.500€ 50€ al giorno
Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi (da Malattia), Agopuntura e logopedia	Inclusi nel Massimale della garanzia "Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio". Applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non rimborsabile di 50€ in Regime Diretto e in Regime Rimborsuale Ticket SSN: Rimborso al 100%
➤ Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da Infortunio	Massimale di 2.500€ Rimborso al 100%
➤ Cure dentarie da Infortunio	Massimale di 4.000€ Rimborso al 100%
➤ Cure dentarie da malattia (inclusa ortodonzia)	Massimale di 2.500€ Applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non rimborsabile di 150€ in Regime Diretto e in Regime Rimborsuale Ticket SSN: Rimborso al 100%
➤ Prevenzione dentaria	1 ablazione all'anno/nucleo (incl. visita) in Regime Diretto, i membri del Nucleo Familiare possono beneficiare di tariffe agevolate
➤ Lenti e occhiali	Massimale di 500€ Applicazione di una franchigia fissa di 50€
➤ Cure Oncologiche in regime extraospedaliero	Massimale di 10.000€ Rimborso al 100%



C. GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 33 – Recapiti

Per ricevere informazioni relative alle coperture, alla modalità di attivazione delle prestazioni e del Sinistro (denuncia e stato lavorazione) e all'attivazione del Regime Diretto l'Assicuratore si avvale della Centrale Operativa di MyAssistance che può essere contattata:

- telefonicamente al numero +39 02 303500015. Numeri attivi dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00;
- inviando una e-mail all'indirizzo sinistri.netinsurance@myassistance.it;

Il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, nel contattare la Centrale Operativa presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

Per accedere ai servizi messi a disposizione tramite MyAssistance gli Assicurati potranno usufruire anche dell'area clienti, all'indirizzo internet <https://app.myassistance.eu/> accessibile da smartphone, o PC, oppure tramite l'app MyAssistance.

Le credenziali per il primo accesso all'area clienti saranno fornite agli Assicurati da MyAssistance all'indirizzo mail fornito dal Contraente.

Attraverso l'area clienti è possibile:

- consultare le Strutture Convenzionate;
- richiedere l'attivazione delle prestazioni in Regime Diretto;
- inoltrare le richieste di rimborso (Regime Rimborsuale o Regime Misto);
- monitorare lo stato di lavorazione delle proprie pratiche.

Art. 34 – Responsabilità

L'Assicurato riconosce espressamente che l'Assicuratore e MyAssistance non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalla Strutture Convenzionate.

Pertanto, l'Assicurato prende atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovrà rivolgersi esclusivamente alle strutture sanitarie (Istituti di cura, Centri diagnostici, Centri e Studio odontoiatrici etc.) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

Art. 35 – Denuncia di Sinistro

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso alla Centrale Operativa entro 10 giorni dal verificarsi dell'evento tramite una delle seguenti modalità:

- app MyAssistance S.r.l.;
- e-mail all'indirizzo sinistri.netinsurance@myassistance.it ;
- posta, con lettera raccomandata A/R, inviando la documentazione a:
MyAssistance S.r.l. - Ufficio Sinistri
Via Montecuccoli, 20/1 - 20146 Milano

La denuncia potrà essere effettuata anche tramite web dalla propria area riservata accessibile con le credenziali personali al seguente indirizzo: <https://app.myassistance.eu>.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al Rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se ha utilizzato le Strutture Convenzionate ed è stato preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

Qualora l'Assicurato decida di usufruire del Regime Diretto (struttura sanitaria e medico/Equipe medica devono essere entrambi convenzionati) o del Regime Misto (struttura sanitaria convenzionata) deve richiedere preventivamente alla Struttura Operativa – almeno 2 giorni prima - l'autorizzazione. In mancanza dell'autorizzazione il servizio non è operante.



Il preavviso non è richiesto per i soli casi di reale e comprovata urgenza, che comunque dovranno essere comunicati nel più breve tempo possibile.

L'operatore della Centrale Operativa, verificata l'ammissibilità della richiesta, provvederà ad autorizzare la Struttura Convenzionata ad erogare le prestazioni concordate, dandone conferma all'Assicurato via e-mail.

La preventiva attivazione della Centrale Operativa e la successiva conferma dell'erogazione delle prestazioni sono condizioni essenziali per l'operatività della procedura di Regime Diretto, in mancanza delle quali il servizio non sarà operante.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario delle prestazioni e il Rimborso / Indennizzo avviene a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.

L'erogabilità delle prestazioni assicurate è comunque condizionata alla fatturazione delle stesse da parte di un Istituto di Cura, da studio medico oppure da medico specialista, da un medico dentista iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri o da una struttura odontoiatrica.

Le prestazioni infermieristiche possono essere fatturate da infermiere professionista mentre i Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia. Tutti i pagamenti nei confronti dell'Assicurato vengono effettuati a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente.

Per le spese sostenute all'estero il Rimborso viene sempre effettuato in Euro, applicando il cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Eventuale documentazione compilata in lingua diversa dall'Italiano, Inglese, Francese, Spagnolo o Tedesco dovrà essere accompagnata di traduzione in italiano, eventuali oneri di traduzione rimangono a carico dell'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica e fiscale del Sinistro in fotocopia, l'Assicuratore si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture che della documentazione medica.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici dell'Assicuratore e qualsiasi indagine od accertamento che questi ritenga necessario, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato e gli istituti di cura che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che riguardino l'Assicurato stesso.

Art. 36 – Restituzione delle somme indebitamente pagate

Qualora in caso di autorizzazione al Regime Diretto o Regime Misto (struttura sanitaria convenzionata), si dovesse accertare successivamente la non validità della Polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione, l'Assicuratore ne darà comunicazione scritta all'Assicurato, il quale dovrà restituire all'Assicuratore stesso tutte le somme da quest'ultimo indebitamente versate all'Istituto di Cura, se già saldate dall'Assicuratore alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

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

Art. 37 – Modalità di erogazione delle prestazioni

L'Assicurato può usufruire dei seguenti regimi di erogazione delle prestazioni:

1. **Regime Diretto** (struttura sanitaria e medico/Equipe medica devono essere entrambi convenzionati): l'Assicuratore paga le spese sanitarie alla Struttura Convenzionata. Restano a carico dell'Assicurato eventuali Scoperti/Franchigie o somme eccedenti i Massimali nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto e non autorizzata.
2. **Regime Rimborsuale** (struttura sanitaria e medico/Equipe medica entrambi **non** convenzionati): l'Assicurato paga le spese sanitarie e richiede, a cura ultimata, il Rimborso all'Assicuratore. Dal Rimborso vengono sottratti Scoperti/Franchigie o somme eccedenti i Massimali nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto.
3. **Regime Misto** (struttura sanitaria convenzionata e medico/Equipe medica non convenzionati): l'Assicuratore paga le spese relative alla struttura sanitaria e l'Assicurato salda eventuali Scoperti/Franchigie a suo carico, come previsto dal Regime Diretto, nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto e/o non autorizzata.



Inoltre, l'Assicurato deve saldare le spese del medico non convenzionato e richiedere successivamente all'Assicuratore il Rimborso delle stesse. Dal Rimborso vengono sottratti Scoperti/Franchigie, come previsto dal Regime Rimborsuale, o somme eccedenti i Massimali, nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto.

Qualora l'Assicurato utilizzasse una Struttura Convenzionata senza richiedere preventivamente l'autorizzazione al Regime Diretto, al Rimborso si applicherà quanto previsto per il Regime Rimborsuale.

La liquidazione delle spese PRE e POST segue il regime dell'Evento principale (Ricovero, Day Hospital/Day Surgery etc.): Rimborso con applicazione dello Scoperto/Franchigia previsto per il Regime Diretto se utilizzate le Strutture Convenzionate o applicazione dello Scoperto/Franchigia previsto per il Regime Rimborsuale se utilizzate le Strutture non Convenzionate. Si terrà in ogni caso conto del calcolo di eventuali Scoperti/Franchigie già applicati sulle spese sostenute durante il Ricovero con o senza Intervento Chirurgico o il Day Hospital / Day Surgery.

Indipendentemente dal regime dell'Evento principale, se le spese PRE e POST sono effettuate in regime S.S.N. viene rimborsato il 100% della spesa.

Art. 38 – Modalità e documentazione da inviare per la denuncia Sinistro

38.1 Regime Diretto

L'Assicurato dovrà inviare preventivamente, tramite area web riservata, app MyAssistance, e-mail sinistri.netinsurance@myassistance.it la prescrizione compilata dal medico di base o dallo specialista (in assenza della prescrizione potrà essere inviato il certificato o il referto medico) con le seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- nome della Struttura Convenzionata e del medico convenzionato che effettuerà la prestazione;
- patologia accertata o presunta;
- in caso di regime ospedaliero: specificare tipo d'intervento chirurgico da eseguire, se senza intervento, descrizione dell'iter diagnostico e terapeutico.
Per i soli Interventi Chirurgici Ambulatoriali di asportazione indicare anche il tipo di lesione, sede e dimensioni;
- in caso di regime extraospedaliero: specificare tipo di prestazione da eseguire (es. visita ortopedica, ecografia addome completo etc.);
- in caso di Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, logopedia e agopuntura: la richiesta dovrà essere rilasciata dal medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia accertata che rende necessari i trattamenti stessi;
- in caso di cure odontoiatriche: specificare i trattamenti da eseguire;
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio: dichiarazione contenente le circostanze dell'accaduto nella quale, oltre alla dinamica, sia chiaramente indicata la data e l'ora dell'infortunio, referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio, (es. radiografie, referti clinici, ortopantomografia – OPT - etc.), inclusa la descrizione dell'infortunio completo di luogo, data e ora.

Per eseguire il pacchetto di "prevenzione - check up" e di "prevenzione dentaria", l'Assicurato deve contattare preventivamente la Struttura Operativa (ai recapiti indicati al precedente art. 33 "Recapiti") che provvederà, in accordo con l'Assicurato, a prenotare presso la Struttura Convenzionata prescelta l'appuntamento per eseguire il pacchetto di prevenzione.

Al fine dell'autorizzazione al Regime Diretto, l'Assicuratore, per il tramite di MyAssistance, si riserva la facoltà di richiedere documentazione medica aggiuntiva (es. esiti di esami strumentali).

L'elenco delle strutture è disponibile nell'area riservata <https://app.myassistance.eu> o nell'App MyAssistance dove l'Assicurato vi accede con le proprie credenziali (user ID e password).

38.2 Regime Rimborsuale

Per richiedere il Rimborso / Indennizzo, l'Assicurato – a cure ultimate - deve inviare quanto di seguito specificato:

- per il Rimborso delle spese relativa a Ricovero, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale:
 - fotocopia delle fatture o note di spese debitamente quietanzate e valide ai fini fiscali;
 - cartella clinica completa e scheda di dimissioni ospedaliere (S.D.O.).
In caso d'Intervento Chirurgico Ambulatoriale, dettagliata relazione del medico specialista con indicata la patologia, il tipo d'intervento e le prestazioni effettuate;
- per l'Indennità Sostitutiva e Indennità Giornaliera, cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.);
- per l'Indennità Giornaliera da Gessatura certificato di Pronto Soccorso, certificato di applicazione e rimozione apparecchio gessato;



- per il Rimborso delle Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, logopedia, agopuntura:
 - fotocopia delle fatture o notule di spese debitamente quietanzate e valide ai fini fiscali.
La fattura emessa da studio medico o medico specialista, deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare congrua con la patologia accertata o sospetta;
 - documentazione (prescrizione, o certificato o referto) compilata dal medico di base o dallo specialista con indicata la patologia accertata o sospetta.
Per i Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, logopedia, agopuntura, la documentazione (prescrizione, o certificato o referto) dovrà essere rilasciata dal medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia per la quale vengono richiesti i trattamenti;
- per i medicinali, prescrizione medica completa di nome e cognome dell'Assicurato, nome del farmaco e la patologia per la quale è stato prescritto il medicinale. Dovrà essere allegato anche lo scontrino fiscale parlante dal quale si dovrà evincere il codice fiscale dell'Assicurato e il nome o codice del farmaco acquistato;
- per l'Assistenza Infermieristica domiciliare, prescrizione del medico di base o dello specialista;
- per le cure dentarie, fotocopia delle fatture o notule di spese debitamente quietanzate e il dettaglio dei trattamenti effettuati e relativo costo;
- per l'acquisto di lenti e occhiali e lenti a contatto, certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista con l'indicazione di acquisto prime lenti o di successiva modifica del visus.
Per le lenti a contatto la richiesta di Rimborso deve essere presentata una sola volta e alla fine dell'Anno Assicurativo;
- per le prestazioni rese necessarie da Infortunio: le circostanze dell'accaduto nella quale, oltre alla dinamica, sia chiaramente indicata la data e l'ora dell'infortunio, referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici, ortopantomografia – OPT - etc.), inclusa la descrizione dell'infortunio completo di luogo, data e ora.

38.3 - Regime Misto

Vale quanto normato ai precedenti punti 38.1 per l'attivazione del Regime Diretto con la Struttura Convenzionata e 38.2 per la richiesta di Rimborso delle spese sostenute per i medici non convenzionati.

Tutte le fatture saldate dall'Assicurato devono essere quietanzate e valide ai fini fiscali.

Art. 39 – Pagamento dei Sinistri a Rimborso

MyAssistance, ricevuta tutta la documentazione completa e se, a seguito dell'istruttoria, il Sinistro è indennizzabile ai sensi di Polizza, comunica all'Assicuratore il benessere al pagamento e quest'ultimo si impegna ad effettuare il Rimborso delle spese entro 30 giorni dalla data di ricevimento del benessere.

Informazioni ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento Generale UE sulla protezione dei dati personali n. 679/2016

La Compagnia **Net Insurance S.p.A.** (più avanti, anche l'“Assicuratore”) con sede legale in via Giuseppe Antonio Guattani, 4 – 00161 Roma, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 (più avanti, anche il “Regolamento”), ed in coerenza del principio di trasparenza e consapevolezza delle caratteristiche e modalità del trattamento dei dati, rende le presenti informazioni.

1) Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento è la Compagnia **Net Insurance S.p.A.**, con sede legale in via Giuseppe Antonio Guattani, 4 – 00161 Roma, alla quale l'interessato, anche per il tramite del contraente, ha fornito i propri dati personali.

2) Tipologia e fonte dei dati

I dati personali trattati dalla Compagnia, a seconda della tipologia di polizza da lei sottoscritta, sono i dati personali Suoi, dei Suoi familiari, degli assicurati e di terzi beneficiari (ove applicabile) o aventi titolo sui beni assicurati, da Lei forniti nel corso del rapporto con il Titolare (sia nella fase di valutazione del rischio, sia nella successiva fase liquidativa).

Tali dati personali potranno includere, a titolo esemplificativo, dati identificativi, anagrafici e professionali, stato civile, informazioni finanziarie (inclusi i premi), dati bancari e dati relativi a documenti personali e qualsiasi altro beneficiario, nonché eventualmente dati giudiziari, quali dati idonei a rilevare provvedimenti giudiziari a Suo carico ovvero sanzioni dipendenti da reato o la sua qualità di indagato o imputato in processi penali.

Il mancato conferimento di tali dati, essendo necessario e/o strumentale all'esecuzione dei servizi e delle prestazioni richieste potrebbe non rendere possibile l'esecuzione del/dei contratto/i di assicurazione.

Può accadere, inoltre, che nel corso della durata del/dei contratto/i che Lei intende sottoscrivere in data odierna ovvero di altri eventuali ulteriori contratti di assicurazione che dovesse sottoscrivere in seguito (di seguito anche “**il/i Contratto/i**”) al fine dell'esecuzione di specifiche operazioni, venga in possesso di categorie particolari di dati (quali, ad esempio, dati idonei a rivelare lo stato di salute). Per il trattamento di tali dati la legge richiede il Suo consenso da manifestarsi in modo esplicito e per iscritto. Il mancato conferimento del consenso per le categorie particolari di dati, essendo necessario e/o strumentale all'esecuzione dei servizi e delle prestazioni richieste potrebbe non rendere possibile l'esecuzione del/i Contratto/i.

3) Finalità e base giuridica del trattamento dei dati

Net Insurance tratterà i Suoi dati personali, ivi ricomprese categorie particolari di dati e dati giudiziari per le seguenti principali finalità:

- finalità connesse all'emissione del/i Contratto/i, finalità connesse all'esecuzione degli obblighi derivanti dal Contratto assunti dalla Compagnia (ad esempio gestione amministrativa del rapporto, gestione dei sinistri, gestione dei premi e di eventuali richieste di indennizzo). La base giuridica di tali attività di trattamento si riviene nella necessità di dare esecuzione e gestire il Contratto di cui Lei è parte o le misure precontrattuali adottate su Sua richiesta; per le sole categorie particolari di dati la base giuridica si individua nel Suo consenso;
- finalità connesse all'adempimento di obblighi previsti da leggi (es. normativa Antiriciclaggio, prevenzione del terrorismo), da regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge e da Organismi di Vigilanza e Controllo. La base giuridica è individuata dalla necessità di adempiere ad un obbligo legale cui la Compagnia è soggetta;
- finalità di prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali ovvero difendere in fase stragiudiziale e giudiziale i diritti della Compagnia. La base giuridica si individua nel perseguimento del legittimo interesse della Compagnia alla prevenzione dei fenomeni di frode in materia assicurativa e nella tutela dei diritti dello stesso derivanti dalla legge o dai contratti di cui è parte.

Il conferimento dei dati personali ed il trattamento degli stessi da parte della Compagnia per le finalità di cui ai punti precedenti è necessario ed in mancanza della Compagnia non potrà dar seguito alla conclusione del Contratto o all'esecuzione di attività connesse alla sua esecuzione, ivi inclusa la liquidazione dei sinistri.

Inoltre, la Compagnia tratterà i suoi dati personali ad esclusione di quelli di natura particolare e giudiziari:

- previo consenso specifico, anche per finalità di marketing e/o profilazione, realizzate sia con modalità automatizzata (es. email, sms, fax) sia con modalità non automatizzate (es. posta ordinaria, telefono con operatore) di contatto, quali a mero titolo esemplificativo, ricerche di mercato, indagini statistiche, anche intese a rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela, invio di comunicazioni personalizzate su prodotti e servizi della Compagnia, anche sulla base delle Sue abitudini e dei Suoi



interessi. Il conferimento dei dati per tali finalità è del tutto facoltativo e la decisione di non concedere tali consensi non inficerà l'esecuzione del rapporto con la Compagnia, precludendole solo la possibilità di ricevere materiale commerciale e promozionale. La base giuridica di questi trattamenti si individua nel Suo consenso espresso.

4) Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli di natura particolare:

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate nel Regolamento;
- b) avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità suddette, e, comunque, in modo da garantire la sicurezza dei dati stessi;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e/o da altri soggetti in qualità di responsabili e/o autorizzati al trattamento.

5) Destinatari dei dati

- a) I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 3 - ad altri soggetti della filiera assicurativa, quali coassicuratori, riassicuratori, società di archiviazione, società di gestione dei sinistri, fiduciari peritali e legali, enti di controllo (IVASS, CONSAP, UIF, Banca d'Italia), Autorità Giudiziaria ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati personali è obbligatoria per legge o per la finalità di conclusione / esecuzione del contratto assicurativo.
- b) Inoltre, i dati personali possono essere comunicati, esclusivamente per le finalità di cui al punto 3, a Compagnie del Gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate,) ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.
- c) I dati personali potranno essere comunicati, ove necessario, a soggetti facenti parte della c.d. "catena assicurativa" e che operano in qualità di titolari autonomi del trattamento (in particolare canali di acquisizione di contratti di assicurazione e loro collaboratori, assicuratori, coassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati, medici, periti ed altri consulenti, strutture sanitarie, agenzie investigative, servi di spedizione etc.), banche e organismi associative consortili del settore assicurativo (ANIA e conseguentemente le imprese di assicurazioni ad essa associate), IVASS, UIF ed altre Autorità Pubbliche nonché persone, società, associazioni che svolgono servizi di assistenza e/o consulenza per Net Insurance (es. in materia contabile, amministrativa, finanziaria), società o soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere dalla Compagnia.

L'elenco dei soggetti cui i dati potranno essere comunicati o che agiscono in qualità di Responsabili del trattamento è disponibile, su richiesta, all'indirizzo responsabileprotezionedati@netinsurance.it ovvero presso la sede della Compagnia.

I dati non sono generalmente trasferiti fuori dall'unione europea; tuttavia, ove per specifiche esigenze connesse alla sede dei servizi resi dai fornitori, fosse necessario trasferire i dati verso Paese situati fuori dallo Spazio economico Europeo, anche in Paesi che non offrono protezione adeguata, Net Insurance si impegna a garantire livelli di tutela e salvaguardia anche di carattere contrattuale adeguati secondo le norme applicabili, ivi inclusa la stipulazione di clausole contrattuali tipo (si potrà richiedere al DPO/Responsabile per la protezione dei dati personali – all'indirizzo responsabileprotezionedati@netinsurance.it ovvero con lettera raccomandata indirizzata alla Compagnia – copia degli impegni assunti dai terzi nel contesto di tali clausole nonché l'elenco dei Paesi situati fuori dallo Spazio Economico Europeo dove sono trasferiti i dati).

6) Periodo di conservazione dei dati

L'Assicuratore, fatta salva la gestione di eventuale contenzioso e la vigente normativa fiscale e tributaria, è obbligato a conservare i dati personali:

- riguardo ai contratti assicurativi, per cinque anni dalla data in cui il contratto ha cessato di avere effetto e per cinque anni dalla data di eliminazione senza pagamento di indennizzo o del pagamento di tutti gli importi dovuti a titolo di risarcimento e di spese dirette (Art. 8 del Regolamento ISVAP n.27/2008);
- riguardo ad ogni altro documento / contratto, per dieci anni dalla data dell'ultima registrazione (art. 2220 del Codice Civile).

7) Diritti dell'Interessato

7.1) Il Regolamento conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti in relazione ai dati personali comunicati, che potranno essere esercitati nei limiti e in conformità a quanto previsto dalla normativa:

- Diritto di accesso ai suoi dati personali (art. 15);
- Diritto di rettifica (art. 16);
- Diritto di cancellazione (diritto all'oblio) (art. 17);
- Diritto di limitazione di trattamento (art. 18);
- Diritto alla portabilità dei dati (art. 20);
- Diritto di opposizione (art. 21);



- Diritto di contattare il Responsabile della protezione dei dati (DPO) per tutte le questioni relative al trattamento dei suoi dati personali e all'esercizio dei diritti derivanti dal Regolamento. Il DPO può essere contattato come indicato nel successivo punto;

7.2) Per esercitare i diritti, può scrivere a:

NET INSURANCE S.p.A.

Responsabile Protezione Dati

Via Giuseppe Antonio Guattani, 4,

00161 Roma

ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it

ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it

7.3) Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giudiziale, Lei ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità a cui è demandato il controllo del rispetto del regolamento; per l'Italia: il Garante per la protezione nelle seguenti modalità:

- a) raccomandata A/R indirizzata a Garante per la protezione dei dati personali, Piazza Venezia, 11 - 00187 Roma
- b) messaggio di posta elettronica certificata indirizzata a protocollo@pec.gpdp.it.