

# Polizza Convenzione Diaria

Contratto di Assicurazione in forma collettiva per la  
copertura dei rischi Diaria da Ricovero e Assistenza

---

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- Nota Informativa, compresa di Glossario
- Condizioni di Assicurazione

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE  
PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO

## NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

L'Assicurato deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

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

## INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

### 1. Informazioni Generali

**Avipop Assicurazioni S.p.A.**, è una Società del Gruppo Aviva - Sede legale e Sede sociale in Italia – Via A. Scarsellini, 14 - 20161 Milano – Recapito telefonico 02 2775.1 - sito internet [www.avipop.it](http://www.avipop.it) - Indirizzi di posta elettronica: per informazioni di carattere generale [assunzionedanni\\_bancassurance@avivaitalia.it](mailto:assunzionedanni_bancassurance@avivaitalia.it) - per informazioni relative a liquidazioni [sinistri\\_bancassurance@avivaitalia.it](mailto:sinistri_bancassurance@avivaitalia.it).

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) - Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 - Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00002.

### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Avipop Assicurazioni S.p.A. è pari a Euro 65.811.279,00 di cui il Capitale Sociale ammonta a Euro 63.500.000,00 e le Riserve Patrimoniali a Euro 2.311.279,00.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione riferito alla gestione danni è pari a 135,63%. L'indice di solvibilità rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

## INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

La presente Nota Informativa si riferisce alla polizza Convenzione in forma Collettiva per la copertura dei rischi Diaria da Ricovero e la garanzia Assistenza stipulata tra la Contraente e Avipop Assicurazioni S.p.A.

La garanzie, di seguito indicate, sono operanti per tutta la durata contrattuale intendendosi per tale l'arco di tempo che intercorre tra la data di decorrenza e la data di scadenza indicate sul Modulo di Adesione.

### Avvertenze

Le garanzie decorreranno, nei confronti di ogni Assicurato, dalle ore 24:00 della data di liquidazione del finanziamento e avranno durata pari all'opzione prescelta e indicata sul Modulo di Adesione tra quelle previste. Le opzioni di durata disponibili sono:

12 mesi dalla data di decorrenza - 24 mesi dalla data di decorrenza - 36 mesi dalla data di decorrenza  
48 mesi dalla data di decorrenza - 60 mesi dalla data di decorrenza - 72 mesi dalla data di decorrenza  
84 mesi dalla data di decorrenza - 96 mesi dalla data di decorrenza - 108 mesi dalla data di decorrenza  
120 mesi dalla data di decorrenza.

Al termine del suddetto periodo è previsto il tacito rinnovo annuale del contratto.

Si rinvia all'art. 2 delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale per gli aspetti di dettaglio.

Per Polizza Collettiva s'intende un unico Contraente, un'unica polizza Collettiva e tante coperture assicurative (contratti di assicurazione) quanti sono i clienti della Contraente che abbiano deciso di aderire alla Convenzione sottoscrivendo il Modulo di Adesione.

### 3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il pacchetto delle garanzie offerte prevede:

- Diaria da Ricovero;
- Assistenza;

nelle due formulazioni "Base" e "Plus" - "Singolo" o "Nucleo"

La scelta è unica ed una volta effettuata è valida per tutte le garanzie.

### **Diaria da Ricovero**

La Società riconosce all'Assicurato una Diaria per ogni giorno di Ricovero in un Istituto di Cura reso necessario da malattia improvvisa e/o infortunio.

Si rinvia all'art. 17 delle Condizioni Generali Diaria da Ricovero per gli aspetti di dettaglio.

#### **Avvertenze**

Il Normativo della garanzia Diaria da Ricovero prevede Esclusioni alla copertura assicurativa che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento del risarcimento.

#### **Avvertenze**

Il Normativo della garanzia Diaria da Ricovero prevede delle Carenze per la copertura assicurativa.

Si rinvia agli artt. 21 e 23 delle Condizioni Generali Diaria da Ricovero per gli aspetti di dettaglio.

### **Assistenza - Medical Advice Program**

Si tratta di una prestazione che consente di consultare una rete di Medici Specialistici e Centri Clinici di primaria importanza mondiale, per ottenere un valutazione clinico-diagnostica su casi complessi, in un ampio spettro di patologie.

Si rinvia all'art. 21 delle Condizioni Generali Assistenza - Medical Advice Program per gli aspetti di dettaglio.

#### **Avvertenze**

Il Normativo della garanzia Assistenza prevede Esclusioni alla copertura assicurativa che possono dar luogo alla mancata erogazione della prestazione.

Si rinvia all'art. 23 delle Condizioni Generali Assistenza per gli aspetti di dettaglio.

La Società presta il servizio di Assistenza tramite una Struttura Organizzativa esterna, **Blue Assistance S.p.A.**, con sede in Corso Svizzera, 185 – Torino, in conformità al Regolamento Isvap n 12 del 9 gennaio 2008.

**Per usufruire del servizio l'Assicurato ha a disposizione i seguenti recapiti telefonici:**

**Numero Verde dall'Italia 800 18.50.26  
Numero dall'estero +39 011.742.56.65  
Numero di fax +39 011 742.55.88**

## **4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio**

#### **Avvertenze**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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.

Si rinvia all'art. 4 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale per gli aspetti di dettaglio.

## **5. Aggravamento del rischio**

#### **Avvertenze**

L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti del rischio non comunicati e non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni, nonché la cessazione delle garanzie previste in polizza, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Si rinvia all'art. 6 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale per gli aspetti di dettaglio.

## 6. Premi

Il pagamento del premio è in forma unica e anticipata. Al termine del periodo di assicurazione indicato sul Modulo di Adesione, il contratto s'intende tacitamente rinnovato di anno in anno. **Il premio relativo al periodo di assicurazione indicato sul Modulo di Adesione viene addebitato tramite il contratto di finanziamento acceso dall'Assicurato, mentre per i rinnovi successivi l'addebito del premio di rinnovo annuale con frazionamento mensile verrà effettuato sul conto corrente dell'Assicurato; a tal fine, l'Assicurato conferisce alla Contraente della polizza Collettiva apposito mandato d'incasso. Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento farà fede la documentazione contabile del competente Istituto di Credito.**

Si rinvia all'art. 3 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale per gli aspetti di dettaglio.

## 7. Diritto di recesso nel corso della durata contrattuale

Qualora la polizza preveda una durata superiore ai cinque anni, l'Assicurato, trascorso il quinquennio avrà facoltà di recedere dalla polizza con preavviso di sessanta giorni inviando al Contraente o, nel solo caso in cui l'Assicurato non sia più cliente del Contraente direttamente alla Società, lettera raccomandata A/R con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata. Nel solo caso in cui l'Assicurato non sia più cliente del Contraente, la Società provvederà, entro sessanta giorni dalla data di efficacia del recesso, a rimborsare direttamente all'Assicurato la parte di premio relativo al periodo assicurativo non goduto, detratte le imposte. In tutti gli altri casi il rapporto sarà regolato direttamente tra il Contraente e l'Assicurato stesso.

## 8. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione e/o garanzia in conformità con quanto previsto all'art.2952 del Codice Civile.

## 9. Legge applicabile al contratto

Ai sensi dell'art. 180 del Codice delle Assicurazioni, al contratto si applicherà la legge Italiana.

## 10. Regime fiscale

### Imposte sui premi

I premi sono soggetti ad applicazione di imposta nella misura:

- del 2,50% per la garanzia Diaria da Ricovero
- del 10% per la garanzia Assistenza

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

## INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

### 11. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

#### Avvertenze

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

**La denuncia di sinistro, con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, deve essere effettuata compilando il Modulo di denuncia sinistro allegato al Modulo di Adesione, entro tre giorni dal suo verificarsi o da quando se ne ha avuto conoscenza.**

**Tale Modulo, completo della documentazione prevista, dovrà essere inoltrato a: Avipop Assicurazioni S.p.A. – Servizio Sinistri mediante fax al n.0362 609954/5 oppure via mail all'indirizzo: asa@ttycreo.it o in alternativa, a mezzo servizio postale, all'indirizzo: Via A. Scarsellini, 14 – 20161 Milano.**

**L'Assicurato potrà rivolgersi per informazioni relative ai sinistri al seguente numero verde:**

#### **SERVIZIO CLIENTI**

**Numero Verde 800 11 53 25**

**Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 18.00**

**L'Impresa di Assicurazione esegue i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa.**

Si rinvia all'art. 26 delle Norme in caso di sinistro per gli aspetti di dettaglio.

## **12. Reclami**

**I reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società – Servizio Reclami – con Sede in Milano – Via A. Scarsellini, 14 – 20161 Milano - numero di fax 02 2775.245 – indirizzo e-mail [cureclami@avivaitalia.it](mailto:cureclami@avivaitalia.it).**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi a:

IVASS - Servizio Tutela degli Utenti  
Via del Quirinale 21 - 00187 ROMA

Nel caso, invece, la legislazione scelta dalle Parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami, dovranno essere inviati all'Autorità di Vigilanza del paese la cui legislazione è stata applicata.

I reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere: i dati del reclamante, l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato ed il motivo della lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società ed eventuale riscontro fornito dalla stessa, nonché ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliative ove esistenti.

## **13. Arbitrato**

In caso di controversie di natura medica, sulla natura della malattia o infortunio o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici nonché sui criteri di indennizzabilità di cui all'Art. 28, le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, al Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo della malattia o infortunio ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel quale caso il Collegio può intanto concedere un acconto sull'indennizzo.

**Per la risoluzione di eventuali controversie tra le Parti, l'Assicurato in alternativa a quanto precede, ha facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.**

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

**Il Rappresentante Legale**



Data ultimo aggiornamento 31 maggio 2014

## **GLOSSARIO**

Ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato:

### **ANNO ASSICURATIVO**

Per anno assicurativo si intende il periodo di 365 giorni decorrente dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione (Mod.02731).

### **ASSICURATO**

#### **Singolo:**

per Assicurato si intende la persona fisica residente in Italia, Titolare di un finanziamento sottoscritto con Agos Ducato S.p.A., che abbia aderito alla presente Polizza ed il cui nominativo risulti riportato nel Modulo di Adesione.

#### **Nucleo:**

per Assicurato si intende la persona fisica residente in Italia, Titolare di un finanziamento sottoscritto con Agos Ducato S.p.A., che abbia aderito alla presente Polizza ed il cui nominativo è riportato nel Modulo di Adesione nonché il coniuge, il convivente more uxorio, i figli risultanti dallo stato di famiglia.

### **ASSICURAZIONE**

Il contratto di assicurazione.

### **CENTRALE OPERATIVA**

La Società presta il servizio di Assistenza tramite una Struttura Organizzativa esterna, Blue Assistance S.p.A. con sede in C.so Svizzera n. 158 – Torino, in conformità al Regolamento ISVAP n. 12 del 9 gennaio 2008.

### **CENTRO MEDICO DI RIFERIMENTO**

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

### **CONTRAENTE**

Agos Ducato S.p.A. con sede in Via Bernina 7 – 20158 Milano, che sottoscrive la polizza per conto altrui.

### **GARANZIA**

L'assicurazione che non rientra nell'assicurazione assistenza per la quale, in caso di sinistro, la Società procede al pagamento dell'indennità a favore dell'Assicurato e per la quale sia stato pagato il relativo premio.

### **INDENNIZZO**

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

### **INFORTUNIO**

Il sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni fisiche oggettivamente costatabili.

### **INTERVENTO CHIRURGICO**

Tecnica terapeutica cruenta applicata sull'Assicurato, mediante uso di strumenti operatori, finalizzata a risolvere una patologia o una lesione conseguente ad infortunio e/o malattia.

### **ISTITUTO DI CURA**

L'Ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza medico chirurgica. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.

### **MALATTIA**

L'alterazione dello stato di salute che non dipende da infortunio.

### MALATTIA IMPROVVISA

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

### MALATTIA PREESISTENTE

Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti se note e/o diagnosticate alla data di decorrenza della prestazione/garanzia.

### MASSIMALE

La somma massima stabilita in Polizza fino alla concorrenza della quale la Società si impegna a prestare la garanzia e/o la prestazione prevista.

### MODULO DI ADESIONE

Il documento che, sottoscritto dall'Assicurato, comprova l'adesione alla Polizza, nei termini ed alla condizioni riportate nel presente Mod.02731

### POLIZZA

Il documento contrattuale composto dalle presenti Condizioni (Mod.02730) e dal Modulo di Adesione (Mod.02731) allegato e parte integrante, sottoscritto dall'Assicurato e dalla Società.

### PREMIO

La somma dovuta dall'Assicurato, titolare di un finanziamento stipulato con la Contraente, per tramite del Contraente a fronte del pagamento della quale vengono fornite dalla Società le garanzie e le prestazioni.

### PRESTAZIONE

L'assistenza da erogarsi in natura e cioè con l'aiuto che deve essere fornito all'Assicurato, nel momento del bisogno, da parte della Società tramite la Struttura Organizzativa di Blue Assistance, per la quale sia stato pagato il relativo premio.

### RICOVERO

La degenza in Istituto di Cura anche in regime Day Hospital, ossia in regime di degenza diurna.

### SINISTRO

L'evento futuro, dannoso e incerto che determina la richiesta di Assistenza, di Rimborso o di Indennizzo da parte dell'Assicurato.

### SOCIETA'

Avipop Assicurazioni S.p.A. – Via A. Scarsellini, 14 – 20161 Milano

### STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura di Blue Assistance - con sede in Corso Svizzera, 185 – Torino, cui la Società presta il servizio di Assistenza, in conformità al Regolamento Isvap n.12 del 9 gennaio 2008.

## **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE – DIARIA DA RICOVERO**

La polizza Convenzione Collettiva Diaria n.3461 – ed 03/2014 stipulata con Avipop Assicurazioni S.p.A. è depositata sia presso la Direzione Generale di **Agos Ducato S.p.A.** sia presso la Direzione di **Avipop Assicurazioni S.p.A.**

### **NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE**

#### **Art. 1 – Operatività della polizza**

Le prestazioni sono fornite fino a tre volte per ciascun tipo durante il periodo di durata della polizza. Le garanzie potranno essere richieste anche più volte entro il periodo di durata della polizza, fermo restando che l'importo complessivo degli indennizzi corrisposti non potrà superare i massimali annui previsti. Per le specifiche operatività si rimanda al testo della garanzia.

#### **Art. 2 – Decorrenza, durata e proroga dell'assicurazione**

Le garanzie decorreranno nei confronti di ogni Assicurato dalle ore 24:00 del giorno di liquidazione del finanziamento, purché sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione.

L'assicurazione, a seconda della scelta effettuata sul Modulo di Adesione, ha la durata di:

12 mesi dalla data di decorrenza  
24 mesi dalla data di decorrenza  
36 mesi dalla data di decorrenza  
48 mesi dalla data di decorrenza  
60 mesi dalla data di decorrenza  
72 mesi dalla data di decorrenza  
84 mesi dalla data di decorrenza  
96 mesi dalla data di decorrenza  
108 mesi dalla data di decorrenza  
120 mesi dalla data di decorrenza

Alla naturale scadenza la copertura assicurativa si rinnoverà tacitamente di anno in anno, salvo contraria comunicazione scritta da parte della Contraente, della Società, oppure dell'Assicurato (che per il tramite della Contraente la invierà alla Società) almeno 30 giorni prima della data di scadenza dell'assicurazione.

#### **Art. 3 – Premio**

La copertura assicurativa viene prestata dalla Società dietro corresponsione da parte dell'Assicurato di un premio unico ed anticipato. L'Assicurato, dalla data indicata sul Modulo di Adesione, autorizza la Contraente all'addebito del premio unico relativo alla soluzione scelta.

Qualora l'assicurazione fosse rinnovata, l'assicurato autorizza la Contraente all'addebito del premio di rinnovo annuale, con frazionamento mensile, che complessivamente è pari ad € 135,00 per garanzia Base ed €255,00 per garanzia Plus (per Singolo); €236,00 per garanzia Base ed €407,00 per garanzia Plus (per Nucleo).

Il premio di rinnovo è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in dodici mensilità. Resta inteso che qualora l'Assicurato non effettui il pagamento di una delle mensilità l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24,00 del novantesimo giorno successivo alla prima scadenza mensile insoluta e riprenderà vigore dalle ore 24,00 del giorno di pagamento.



Sono possibili le soluzioni di cui alla tabella seguente:

#### **SINGOLO**

Mesi	Base	Plus
12	135,00	255,00
24	263,00	498,00
36	388,00	734,00
48	506,00	958,00
60	618,00	1.171,00
72	726,00	1.375,00
84	825,00	1.562,00
96	921,00	1.745,00
108	1.011,00	1.915,00
120	1.083,00	2.050,00

#### **NUCLEO**

Mesi	Base	Plus
12	236,00	407,00
24	448,00	773,00
36	637,00	1.100,00
48	802,00	1.384,00
60	944,00	1.630,00
72	1.061,00	1.831,00
84	1.199,00	2.070,00
96	1.297,00	2.239,00
108	1.379,00	2.380,00
120	1.430,00	2.469,00

#### **Art. 4 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

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

#### **Art. 5 – Altre assicurazioni**

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 del Codice Civile, all'Assicurato che godesse di prestazioni analoghe alle presenti, anche a titolo di mero risarcimento, in forza dei contratti sottoscritti con altra impresa di assicurazione, è fatto obbligo di dare comunque avviso del sinistro ad ogni impresa assicuratrice e specificatamente a Blue Assistance nel termine di tre giorni dal verificarsi del sinistro a pena di decadenza dal diritto di indennità nei confronti di Blue Assistance medesima.

Esclusivamente per le prestazioni di assistenza, nel caso in cui l'Assicurato attivasse impresa diversa da Blue Assistance, le prestazioni di assistenza saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dall'impresa assicuratrice che ha erogato direttamente la prestazione di assistenza.

#### **Art. 6 – Aggravamento del rischio**

**La Contraente e l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale al diritto al risarcimento nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.**

#### **Art. 7 – Persone non assicurabili**

Permesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene che, qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto, si applica quanto disposto dall'art. 1898 del Codice Civile indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'Art. 6 Dichiarazioni relative alle circostanze

del rischio, riportato nelle Norme che Regolano l'Assicurazione in Generale e dagli artt.1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

#### **Art. 8 – Limiti di età**

L'assicurazione vale per le persone che, al momento della sottoscrizione della polizza, non abbiano ancora compiuto i 65 anni. Per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione manterrà la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza possibilità di rinnovo.

#### **Art. 9 – Estinzione del rapporto con la Contraente**

In caso di estinzione del rapporto con la Contraente da parte dell'Assicurato, la copertura si intende comunque prestata fino alla naturale scadenza della soluzione scelta.

#### **Art. 10 – Diritto di ripensamento**

L'Assicurato che abbia aderito ad una delle soluzioni della presente Polizza potrà esercitare il diritto di ripensamento entro 14 giorni dall'adesione alla stessa, dandone comunicazione scritta ad Avipop Assicurazioni S.p.A.

tramite Agos Ducato S.p.A.- Ufficio Prodotti Assicurativi -

Via Bernina, 7 – 20158 Milano.

La Società provvederà a rimborsare il premio lordo pagato all'Assicurato, per il tramite della Contraente, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di ripensamento.

#### **Art. 11 – Facoltà di recesso dalle garanzie assicurative**

Qualora la Polizza preveda una durata superiore ai cinque anni, l'Assicurato, trascorso il quinquennio avrà facoltà di recedere dalla Polizza con preavviso di sessanta giorni inviando alla Contraente o, nel solo caso in cui l'Assicurato non sia più cliente della Contraente direttamente alla Società, lettera raccomandata A/R con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata. Nel solo caso in cui l'Assicurato non sia più cliente della Contraente, la Società provvederà, entro sessanta giorni dalla data di efficacia del recesso, a rimborsare direttamente all'Assicurato la parte di premio relativo al periodo assicurativo non goduto, detratte le imposte. In tutti gli altri casi il rapporto sarà regolato direttamente tra la Contraente e l'Assicurato stesso.

#### **Art. 12 – Estensione territoriale**

*Si intendono i Paesi ove si è verificato il sinistro ed in cui le prestazioni vengono fornite.*

Per le prestazioni di Assistenza la copertura viene fornita in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano; la garanzia "Diaria da Ricovero per Infortunio e Malattia" e "Diaria da Ingessatura" verrà fornita in tutti i paesi del Mondo ove l'Assicurato ha subito il sinistro che ha originato il diritto alla prestazione. La durata massima della copertura, per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso dell'anno di validità dell'Assicurazione è di 60 giorni. Non sono fornite prestazioni e garanzie in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto. Si considerano tali i Paesi indicati nel sito <http://www.exclusive-analysis.com/lists/cargo> che riportano un grado di rischio uguale o superiore a 4.0.

#### **Art. 13 – Oneri fiscali**

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

#### **Art. 14 – Rinvio alle norme di legge**

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

## CONDIZIONI GENERALI DIARIA

### 1. Diaria da Ricovero per Infortunio e Malattia

#### Art. 15 – Oggetto della garanzia

La Società riconosce all'Assicurato una diaria per ogni giorno di ricovero in un Istituto di Cura, reso necessario da malattia improvvisa e/o infortunio indennizzabili a termini di polizza. In particolare, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennità riportata nella tabella che segue per ogni giorno di degenza e per la durata abbinata alla soluzione scelta dall'Assicurato. La presente indennità verrà riconosciuta in base all'età dell'Assicurato o membro del suo Nucleo Familiare, applicando i seguenti giorni di franchigia a partire dal giorno di ricovero:

Fascia di età	Giorni di franchigia
18 - 40 anni	3 gg
41 – 55 anni	5 gg
56 – 65 anni	7 gg
66 – 75 anni	8 gg

  

Tipologia di diaria	Indennizzo Diaria da ricovero per malattia e/o infortunio
Base singolo	€ 50,00 al giorno – 30 gg massimale annuo
Base nucleo	€ 50,00 al giorno – 30 gg massimale annuo per Nucleo Familiare
Plus singolo	€ 100,00 al giorno – 30 gg massimale annuo
Plus nucleo	€ 100,00 al giorno – 30 gg massimale annuo per Nucleo Familiare

La diaria viene liquidata in seguito alla presentazione di copia della cartella clinica completa e di copia del Modulo di Adesione.

### 2. Diaria da Ingessatura

#### Art. 16 – Oggetto della garanzia

Se, in conseguenza di infortunio, l'Assicurato sia portatore di ingessatura o di tutore immobilizzante o equivalente, comunque inamovibile da parte dell'Assicurato, (sono dunque esclusi il collare cervicale e la stecca di Zimmer), la Società liquida la somma assicurata, specificata nella tabella che segue dal giorno di dimissione dell'Istituto di Cura fino alla rimozione dell'ingessatura e per il periodo abbinato alla soluzione scelta dall'Assicurato. La diaria viene liquidata in seguito alla presentazione dei certificati medici attestanti l'avvenuta apposizione e l'avvenuta rimozione del gesso o del tutore immobilizzante.

L'indennizzo per diaria da ingessatura non è cumulabile con quello per diaria da ricovero.

Tipologia di diaria	Indennizzo Diaria da ingessatura
Base singolo	€ 25,00 al giorno – 30 gg massimale annuo
Base nucleo	€ 25,00 al giorno – 30 gg massimale annuo per Nucleo Familiare
Plus singolo	€ 50,00 al giorno – 30 gg massimale annuo
Plus nucleo	€ 50,00 al giorno – 30 gg massimale annuo per Nucleo Familiare

#### Art. 17 – Termini di aspettativa

La copertura assicurativa decorre:

- per gli infortuni, dalle ore 24.00 del giorno in cui ha effetto l'assicurazione;
- per le malattie, dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;
- per l'aborto e per le malattie dipendenti dalla gravidanza, dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione, purché la gravidanza abbia avuto inizio dopo questa data;
- per il parto, dal 300° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;
- per le conseguenze di stati patologici latenti, insorti anteriormente alla stipulazione del contratto e non ancora manifestati, certa la non conoscenza dell'Assicurato, dal 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione.

### **Art. 18 – Rinuncia al diritto di rivalsa**

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, all'azione di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili.

### **Art. 19 – Modalità di valutazione delle giornate di degenza**

Agli effetti del computo delle giornate di degenza, si conviene che la giornata di entrata e quella di uscita dal Centro Ospedaliero sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione. Nel caso in cui sia assicurato l'intero nucleo familiare il cumulo delle giornate di degenza è da considerarsi complessivo per nucleo.

### **Art. 20 – Esclusioni**

Sono esclusi dalla garanzia e dalle prestazioni:

- a) conseguenze di malattie – presunte o accertate – malformazioni, difetti fisici e stati patologici conosciuti o preesistenti o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto;
- b) gli stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- c) le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) gli infortuni e le malattie conseguenti all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni e all'uso di psicofarmaci e di stupefacenti;
- e) gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'Assicurato; sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;
- f) gli infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità;
- g) le cure dentarie e le parodontopatie non conseguenti ad infortunio;
- h) correzione della miopia, astigmatismo, ipermetropia;
- i) aventi finalità dietologica le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- j) le conseguenze di guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni;
- k) le conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- l) aborto volontario non terapeutico;

## CONDIZIONI GENERALI ASSISTENZA

### Medical Advice Program

#### **Art. 21 – Oggetto della prestazione**

Si tratta di una prestazione che consente di consultare una rete di Medici Specialisti e Centri Clinici di primaria importanza mondiale, per ottenere una valutazione clinico-diagnostica su casi complessi, in un ampio spettro di patologie.

La prestazione presuppone una prima impostazione clinica fatta dal medico curante e la necessità di ottenere un parere dei migliori specialisti della materia.

La prestazione è erogata da Blue Assistance, utilizzando un sistema telematico di comunicazione dei dati clinico-diagnostici, preventivamente inviati dall'assicurato, che si collega con il Centro Medico di Riferimento.

In alcuni casi, su richiesta specifica dei Centri Medici di Riferimento, è prevista una visita specialistica presso i Centri stessi ed il pagamento delle spese di trasferimento e alloggio del paziente.

#### **Art. 22 – Erogazione della prestazione**

##### Quando:

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

##### Come:

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

##### **1) Consulenza medica di Secondo Livello**

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

##### **2) Attivazione della rete Nazionale di “Centri di eccellenza”**

A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva dei medici della Centrale Operativa si procederà alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico, ed all'elaborazione dei quesiti che verranno sottoposti ai Medici Specialisti dei “Centri di eccellenza”. Tutti i dati clinici, saranno trasmessi attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri ai Centri Medici di Riferimento.

Il Centro Medico di riferimento eseguirà le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei Medici Specialisti, potrà richiedere di visitare il paziente stesso.

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

I medici specialisti dei “Centri di eccellenza” formuleranno rapidamente la propria risposta scritta, che verrà inviata alla Struttura Organizzativa che, a sua volta, la trasmetterà all'assicurato, aiutandolo ove occorra, ad interpretarla. La Società terrà a proprio carico tutti i costi.

##### **3) Attivazione del secondo parere Internazionale**

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

## **Art. 23 – Esclusioni**

La prestazione riportata all'art.21 – Oggetto della prestazione, non è dovuta per sinistri provocati o dipendenti dalle cause previste ai punti d), e), j) e k) dell'art.20 – Esclusioni.

Ferme restando le differenti limitazioni inserite all'interno delle prestazioni, sono operanti le seguenti condizioni:

- a) Blue Assistance S.p.A. non assume responsabilità per i danni causati dall'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile;
- b) qualora l'assicurato non usufruisca di una o più prestazioni/garanzie, Blue Assistance S.p.A. non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione;
- c) ogni diritto nei confronti di Blue Assistance S.p.A. si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alle prestazioni in conformità con quanto previsto all'art.2952 del Codice Civile;
- d) il diritto alle assistenze fornite da Blue Assistance S.p.A. decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro;
- e) a parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 del Codice Civile, all'Assicurato che godesse di prestazioni analoghe alle presenti, anche a titolo di mero risarcimento, in forza dei contratti sottoscritti con altra società di assicurazione, è fatto obbligo di dare comunque avviso del sinistro ad ogni società assicuratrice e specificatamente a Blue Assistance S.p.A. nel termine di tre giorni a pena di decadenza, valendo l'inadempimento quale omissione dolosa. Nel caso in cui attivasse altra società, le presenti prestazioni saranno operanti, nei limiti e alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Società assicuratrice che ha erogato la prestazione;
- f) la polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla polizza sono soggette alla giurisdizione italiana;
- g) per tutto quanto non è qui espressamente disciplinato si applicano le disposizioni di legge;
- h) le prestazioni sono fornite fino a tre volte per ciascun tipo di prestazione, entro il periodo di durata della garanzia;
- i) l'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri oggetto di questa Assicurazione i medici che lo hanno visitato o curato prima o anche dopo il sinistro, nei confronti di Blue Assistance S.p.A..

## **Art. 24 – Assistenza medica domiciliare**

Le prestazioni di assistenza sono dovute in seguito a infortunio e/o malattia improvvisa e sono fornite fino a tre volte per ciascun tipo durante il periodo di durata annua della polizza fermi i massimali annui previsti per singolo / nucleo a seconda della Soluzione scelta.

### **1. Invio di un medico**

*La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 dal Lunedì al Venerdì, e 24 ore su 24 il sabato, la domenica e nei giorni festivi.*

Qualora, in seguito ad un infortunio e/o malattia, emergesse la necessità che l'assicurato debba sottoporsi ad una visita medica, la Centrale Operativa provvederà, con spese a carico della Società, ad inviare presso il domicilio dell'assicurato in Italia uno dei medici della Centrale Operativa.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà il trasferimento dell'assicurato in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino.

L'assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.

### **2. Trasporto in autoambulanza**

L'Assicurato, a seguito di infortunio e/o malattia improvvisa, accertate dal medico della Centrale Operativa, necessita di un trasporto in autoambulanza in Italia, la Centrale Operativa provvederà ad inviare all'Assicurato una autoambulanza.

La Società terrà a proprio carico i costi fino ad un massimale di **€500,00 per anno** di durata della copertura, con un massimo di **€130,00 per sinistro**.

L'Assicurato deve comunicare il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.

### **3. Invio di un infermiere al domicilio**

L'Assicurato nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale, in seguito ad infortunio e/o malattia improvvisa, ha bisogno di essere assistito da un infermiere, la Centrale Operativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, previo ricevimento di certificato medico/cartella clinica attestante la patologia sofferta e l'indicazione delle cure da effettuare.

La Società terrà a proprio carico l'onorario dell'infermiere fino ad un massimo di **€900,00 per anno** di durata della copertura, nel caso venga scelta l'**Opzione Base**, ed **€1.800,00 per anno** di durata della polizza nel caso venga scelta l'**Opzione Plus**. L'Assicurato deve comunicare il motivo della sua richiesta e precisare l'indirizzo e il suo numero di telefono.

#### **4. Invio di un fisioterapista al domicilio**

L'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici e/o per riabilitazione cardiovascolare di base, derivanti da infortunio e/o malattia improvvisa, necessita dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio nel periodo di convalescenza, la Centrale Operativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista a tariffa controllata, previo ricevimento di certificato medico attestante la patologia sofferta e l'indicazione delle cure da effettuare.

La Società terrà a proprio carico l'onorario del fisioterapista fino ad un **massimo di €900,00 per sinistro**, nel caso venga scelta l'**Opzione Base**, e di **€1.800,00 per sinistro** nel caso venga scelta l'**Opzione Plus**.

La prestazione non è operante:

#### **5. Prelievo sangue e urine a domicilio**

*La prestazione viene fornita 24 ore su 24.*

Qualora l'Assicurato, a seguito di prescrizione medica, necessitasse di un prelievo del sangue e/o delle urine e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute, certificati dal medico curante, la Centrale Operativa invierà al domicilio dell'Assicurato un medico, tenuto conto delle disponibilità del laboratorio di analisi di zona e della deteriorabilità del sangue prelevato.

La Società terrà a proprio carico il costo delle analisi fino ad un **massimo di €200,00 per anno** nel caso venga scelta l'**Opzione Base**, e di **€400,00 per anno** nel caso venga scelta l'**Opzione Plus**.

#### **6. Consegna medicinali urgenti a domicilio**

Qualora l'Assicurato, a seguito di prescrizione medica, abbia necessità di medicine e/o articoli sanitari e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute, certificati dal medico curante, la Centrale Operativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvede alla consegna di quanto prescritto dal medico curante.

La Società terrà a proprio carico il costo dei medicinali e /o articoli sanitari fino ad un **massimo di €200,00 per sinistro**, nel caso venga scelta l'**Opzione Base**, e di **€400,00 per sinistro**, nel caso venga scelta l'**Opzione Plus**.

L'Assicurato deve comunicare il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.

#### **7. Consegna esiti a domicilio**

*La prestazione è fornita dalle 9 alle 18, al Lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.*

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio e /o malattia improvvisa, certificata dal proprio medico curante, si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate nella provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute, certificati dal medico curante, la Centrale Operativa provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'Assicurato o al medico da lui indicato.

La Società terrà a proprio carico il costo degli accertamenti fino ad un **massimo di €200,00 per sinistro**, nel caso venga scelta l'**Opzione Base**, e di **€400,00 per sinistro**, nel caso venga scelta l'**Opzione Plus**.

L'Assicurato deve comunicare il nome del suo medico curante e il suo recapito telefonico.

#### **8. Invio di una collaboratrice domestica**

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio e /o malattia improvvisa che comporti il ricovero in ospedale o l'immobilizzo al domicilio documentati da certificato medico, necessitasse di una collaboratrice domestica, l'Assicurato dovrà contattare la Centrale Operativa con un preavviso minimo di 24 ore per comunicare le proprie necessità e l'indirizzo dove inviare l'assistente incaricato da Blue Assistance.

La Società terrà a proprio carico l'onorario dell'assistente fino ad un **massimo di 12 ore annue** per la durata della copertura, indipendentemente dal numero di persone assistite, con il minimo convenzionale di **2 ore ad intervento**.

L'Assicurato deve comunicare il motivo della sua richiesta e precisare il suo recapito telefonico.

## 9. Assistenza non sanitaria per convalescenza

*La prestazione è fornita dalle 9 alle 18, dal Lunedì al Venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.*

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio e /o malattia improvvisa, necessitasse di assistenza per:

- l'acquisto e consegna di generi di prima necessità;
- l'acquisto e consegna di medicinali;
- il pagamento di bollettini postali in scadenza o svolgimento di operazioni bancarie;

l'Assicurato dovrà contrattare la Centrale Operativa con preavviso minimo di 24 ore per comunicare le proprie necessità e l'indirizzo dove inviare l'assistente incaricato da Blue Assistance.

La Società terrà a proprio carico l'onorario dell'assistente fino ad un **massimo di 12 ore annue** per la durata della copertura, indipendentemente dal numero di persone assistite, con il minimo convenzionale di **2 ore ad intervento** nel caso venga scelta l'**Opzione Base**, e fino ad un **massimo di € 300,00 per anno** di durata della polizza, nel caso venga scelta l'**Opzione Plus**.

La prestazione potrà essere erogata nei capoluoghi di provincia e nei comuni nelle immediate vicinanze purché superiori a 10.000 abitanti.

Le operazioni bancarie di incasso e pagamento si intendono effettuate sotto la piena responsabilità dell'Assicurato che le ha delegate.

## 10. Assistenza ai genitori anziani

*La prestazione è fornita dalle 9 alle 18, dal Lunedì al Venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.*

Quando i genitori dell'Assicurato (di età non inferiore a 80 anni), in seguito a infortunio e /o malattia improvvisa dell'Assicurato stesso, necessitassero di assistenza per il disbrigo di alcune piccole incombenze, quali:

- acquisto e consegna di generi di prima necessità;
- acquisto e consegna di medicinali;
- pagamento di bollettini postali in scadenza o svolgimento di operazioni bancarie;

l'Assicurato dovrà contrattare la Centrale Operativa con preavviso minimo di 24 ore per comunicare le proprie necessità e l'indirizzo dove inviare l'assistente incaricato da Blue Assistance.

La Società terrà a proprio carico l'onorario dell'assistente fino ad un **massimo di 12 ore annue** per la durata della copertura, indipendentemente dal numero di persone assistite, con il minimo convenzionale di **2 ore ad intervento** nel caso venga scelta l'**Opzione Base**, e fino ad un **massimo di € 300,00 per anno** di durata della polizza, nel caso venga scelta l'**Opzione Plus**.

La prestazione potrà essere erogata nei capoluoghi di provincia e nei comuni nelle immediate vicinanze purché superiori a 10.000 abitanti.

Le operazioni bancarie di incasso e pagamento si intendono effettuate sotto la piena responsabilità dell'Assicurato che le ha delegate.

## 11. Assistenza ai figli minorenni

Qualora l'improvviso ricovero in ospedale dell'Assicurato, a seguito a infortunio e /o malattia improvvisa, renda necessaria la presenza di una persona che si prenda cura dei suoi figli minorenni al domicilio, la Centrale Operativa procurerà una persona fidata oppure organizzerà il viaggio di andata e ritorno di un parente, domiciliato in Italia, per permettergli di trasferirsi a casa dell'Assicurato.

La Società terrà a proprio carico le spese di viaggio fino ad un **massimo di € 250,00 per sinistro e per anno assicurativo**, nel caso venga scelta l'**Opzione Base**, e fino ad un **massimo di € 500,00 per sinistro e per anno assicurativo**, nel caso venga scelta l'**Opzione Plus**.

L'Assicurato deve comunicare il motivo della sua richiesta ed il recapito telefonico.

## 12. Spese d'albergo per ricovero

Qualora l'Assicurato, in seguito a malattia improvvisa e/o infortunio, sia ricoverato presso una struttura sanitaria pubblica o privata, sita ad almeno 100 km dal luogo di residenza del familiare o della persona che presterà assistenza, e abbia bisogno di un aiuto durante le ore notturne, comprovato dai medici che lo hanno in cura, la Centrale Operativa prenoterà un albergo al familiare o alla persona che presterà assistenza.

La Società terrà a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione fino ad un **massimo di € 400,00 per sinistro e per anno assicurativo**, nel caso venga scelta l'**Opzione Base**, e fino ad un **massimo di € 750,00 per sinistro e per anno assicurativo**, nel caso venga scelta l'**Opzione Plus**.

Non sono comprese spese d'albergo diverse da quelle indicate.

L'Assicurato deve comunicare il motivo della sua richiesta e fornire alla Centrale Operativa regolare certificato di ricovero rilasciato dalla struttura sanitaria pubblica o privata presso la quale è avvenuto il ricovero, affinché la Centrale Operativa possa provvedere a prenotare un albergo.



### **13. Consulenza medica**

*La prestazione viene fornita 24 ore su 24.*

Qualora l'Assicurato, in caso di infortunio e/o malattia improvvisa, necessiti di valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare, direttamente o attraverso il medico che lo ha in cura sul posto, i medici della Centrale Operativa.

L'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

### **14. Consulenza cardiologica**

*La prestazione viene fornita 24 ore su 24.*

Qualora l'Assicurato, in caso di infortunio e/o malattia improvvisa, necessiti di valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare, direttamente i medici della Centrale Operativa che, valutata la richiesta provvederanno attraverso la Centrale ed il Network ad organizzare il contatto tra l'Assicurato ed il medico specialista entro 24-48 ore dal primo giorno lavorativo successivo alla richiesta.

L'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

### **15. Consulenza geriatrica**

*La prestazione viene fornita 24 ore su 24.*

Qualora l'Assicurato, in caso di infortunio e/o malattia improvvisa, necessiti di valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare, direttamente i medici della Centrale Operativa che, valutata la richiesta provvederanno attraverso la Centrale ed il Network ad organizzare il contatto tra l'Assicurato ed il medico specialista entro 24-48 ore dal primo giorno lavorativo successivo alla richiesta.

L'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

### **16. Consulenza ginecologica**

*La prestazione viene fornita 24 ore su 24.*

Qualora l'Assicurato, in caso di infortunio e/o malattia improvvisa, necessiti di valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare, direttamente i medici della Centrale Operativa che, valutata la richiesta provvederanno attraverso la Centrale ed il Network ad organizzare il contatto tra l'Assicurato ed il medico specialista entro 24-48 ore dal primo giorno lavorativo successivo alla richiesta.

L'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

### **17. Consulenza odontoiatrica**

*La prestazione è fornita 24 ore su 24.*

Qualora l'Assicurato, in caso di infortunio e/o malattia improvvisa, necessiti di valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare, direttamente i medici della Centrale Operativa che, valutata la richiesta provvederanno attraverso la Centrale ed il Network ad organizzare il contatto tra l'Assicurato ed il medico specialista entro 24-48 ore dal primo giorno lavorativo successivo alla richiesta.

L'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

### **18. Consulenza ortopedica**

*La prestazione è fornita 24 ore su 24.*

Qualora l'Assicurato, in caso di infortunio e/o malattia improvvisa, necessiti di valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare, direttamente i medici della Centrale Operativa che, valutata la richiesta provvederanno attraverso la Centrale ed il Network ad organizzare il contatto tra l'Assicurato ed il medico specialista entro 24-48 ore dal primo giorno lavorativo successivo alla richiesta.

L'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

### 19. Consulenza pediatrica

*La prestazione è fornita 24 ore su 24.*

Qualora l'Assicurato, in caso di infortunio e/o malattia improvvisa, necessiti di valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare, direttamente i medici della Centrale Operativa che, valutata la richiesta provvederanno attraverso la Centrale ed il Network ad organizzare il contatto tra l'Assicurato ed il medico specialista entro 24-48 ore dal primo giorno lavorativo successivo alla richiesta.

L'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

### 20. Consulenza medicina non convenzionale – agopuntura e omeopatia

*La prestazione è fornita 24 ore su 24.*

Qualora l'Assicurato, in caso di infortunio e/o malattia improvvisa, necessiti di valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare, direttamente i medici della Centrale Operativa che, valutata la richiesta provvederanno attraverso la Centrale ed il Network ad organizzare il contatto tra l'Assicurato ed il medico specialista entro 24-48 ore dal primo giorno lavorativo successivo alla richiesta.

L'Assicurato deve comunicare il motivo della sua richiesta e recapito telefonico.

### 21. Tutoring sanitario telefonico post dimissioni

L'Assicurato o un familiare in sua vece, può attivare, tramite la Centrale Operativa, un servizio di monitoraggio e supporto telefonico, successivamente alle dimissioni da struttura sanitaria in cui sia stato precedentemente ricoverato a seguito di infortunio o malattia con prognosi di inabilità temporanea superiore a sette giorni.

Il servizio è operante tramite contatti telefonici, programmati in base alla situazione clinica, verso l'Assicurato e, in caso di necessità verso un familiare per un resoconto, da parte della Centrale Operativa e/o dello staff medico interno di Blue Assistance.

**Il servizio è arrivabile una sola volta all'anno per un massimo di 30 giorni consecutivi.**

### 22. Consulto psicologico telefonico

Qualora l'Assicurato necessiti di supporto psicologico, a seguito di grave malattia o traumi e lesioni come conseguenza di infortunio o di incidente stradale, la Centrale Operativa provvederà ad attivare uno specialista e stabilire un contatto telefonico con l'Assicurato.

### 23. Invio di un accompagnatore o di un mezzo di trasporto

Qualora l'Assicurato, nei trenta giorni successivi alle dimissioni da una struttura sanitaria in cui sia stato ricoverato a seguito di infortunio, debba effettuare una o più visite di controllo o esami diagnostici in una struttura sanitaria, come certificato da prescrizione medica, in assenza di un familiare che possa fornirgli un aiuto concreto, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede ad inviare un accompagnatore o un mezzo di trasporto per recarsi dalla propria residenza/domicilio

alla struttura sanitaria interessata, tenendone il costo a carico della Società fino alla concorrenza di **€ 300,00 per sinistro e per anno assicurativo** nel caso venga scelta l'**Opzione Base**, ed **€ 500,00 per sinistro e per anno assicurativo** nel caso venga scelta l'**Opzione Plus**.

### 24. Fornitura di attrezzature medico-chirurgiche

Qualora l'Assicurato, al momento delle dimissioni da una struttura sanitaria in cui sia stato ricoverato a seguito di infortunio, richieda, in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione, una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- letto ortopedico;
- materasso antidecubito

la Centrale Operativa fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato, sino ad un massimo di 90 giorni per sinistro, tenendo il costo a carico della Società. Se per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrezzature, la Società provvederà a rimborsare all'Assicurato delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, fino alla concorrenza di **€ 300,00 per sinistro e per anno assicurativo** nel caso venga scelta l'**Opzione Base**, ed **€ 500,00 per sinistro e per anno assicurativo** nel caso venga scelta l'**Opzione Plus**.

**Art. 24 – Limitazione di Responsabilità**

La Società non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza.

## **NORME IN CASO DI SINISTRO**

**(valide per la Sezione Diaria da Ricovero)**

### **Art. 26 – Denuncia del sinistro e obblighi dell'Assicurato**

In caso di sinistro l'Assicurato dovrà notificare per iscritto il danno allegando il Modulo di denuncia sinistro compilato e il Modulo di Adesione e trasmetterlo alla Società entro 30 giorni da quello del ricovero **mediante fax al n.0362 609954/5 oppure via mail all'indirizzo: asa@ttycreo.it o in alternativa, a mezzo servizio postale, all'indirizzo: Via A. Scarsellini, 14 20161 Milano – Ufficio Liquidazione Sinistri Bancassurance.**

**L'Assicurato potrà rivolgersi per informazioni relative ai sinistri al seguente numero verde:**

#### **SERVIZIO CLIENTI**

**Numero Verde 800 11 53 25**

**Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 18.00**

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto di indennizzo, ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile. L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti dalla Centrale Operativa, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato.

### **Art. 27 – Valutazione del danno – Arbitrato irrituale**

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono. Le eventuali controversie di natura medica sull'entità del danno, relativamente alle garanzie prestate, nonché sull'applicazione dei "Criteri di indennizzabilità", possono essere demandate per iscritto a due medici, nominati uno per parte, che si riuniscono nel Comune più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, sede in Istituto di medicina legale. Tali medici, ove vi sia divergenza su quanto sopra indicato, costituiscono un Collegio medico formato da loro stessi e da un terzo medico dagli stessi nominato o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei medici. Il terzo medico così nominato avrà la funzione di Presidente del Collegio. Il Collegio medico risiede nel comune più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, sede in Istituto di medicina legale. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e delle competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti che rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

### **Art. 28 – Criteri di indennizzabilità**

Il pagamento dell'indennità viene effettuato dopo l'avvenuta presentazione in originale della cartella clinica e di ogni altra documentazione medica.

Nell'ipotesi in cui l'Assicurato subisse, nel corso dello stesso ricovero, più interventi chirurgici, gli sarà indennizzato solo l'intervento di classe più elevata.

L'indennità è corrisposta in Italia in Euro.

### **Art. 29 – Integrazione documentazione di denuncia del sinistro**

L'Assicurato prende atto e concede espressamente alla Società la facoltà di richiedere, per agevolare la liquidazione del danno, ulteriore documentazione rispetto a quella indicata nella singola prestazione e/o garanzia, impegnandosi ora per allora al suo tempestivo invio.

### **Art. 30 – Esclusione di compensazioni alternative**

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni/garanzie, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

## **NORME IN CASO DI SINISTRO** **(valide per la Sezione Assistenza)**

### **Art. 31 – Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro**

In caso di sinistro l'Assicurato deve prendere immediatamente contatto con la Centrale Operativa. L'inadempimento di tale obbligo comporta la decadenza al diritto alle prestazioni di assistenza, valendo quale omissione dolosa. In caso di sinistro coperto da rami assicurativi diversi dall'assistenza, l'Assicurato deve darne tempestivo avviso alla Centrale Operativa. L'inadempimento di tale obbligo comporta la perdita al diritto ai rimborsi ai sensi dell'art. 1915 c.c., valendo quale omissione dolosa. L'Assicurato nel contattare la Centrale Operativa presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

### **Art. 32 – Come chiamare la Centrale Operativa**

La Società presta il servizio di assistenza tramite la Struttura Organizzativa esterna, Blue Assistance S.p.A., con sede in Corso Svizzera, 185 – Torino.

In caso di necessità, dovunque ci si trovi, in qualsiasi momento, la Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24.

Il personale specializzato della Centrale Operativa è a completa disposizione, pronto ad intervenire o ad indicare le procedure più idonee per risolvere nel migliore dei modi qualsiasi tipo di problema.

#### Importante:

**per poter usufruire delle prestazioni l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa a seguenti numeri:**

- **dall'Italia: 800 18.50.26**
- **dall'estero: +39 011.742.56.65**

Si dovranno comunicare le seguenti informazioni:

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

A seconda della prestazione, all'Assicurato potrebbe essere richiesto di inviare copia del Modulo di Adesione e Stato di Famiglia.

Qualora fosse nell'impossibilità di contattare telefonicamente la Centrale Operativa, potrà inviare:

- **fax: +39 011.742.55.88**

## **INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi art. 13 D. Lgs. 196/2003)**

### **1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

I dati forniti riferiti al contraente - ed eventualmente a terzi beneficiari - saranno trattati da Avipop Assicurazioni S.p.A. - Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI) (di seguito, la "Società") – titolare del trattamento (di seguito, il "Titolare") – nonché dalle società appartenenti al medesimo gruppo societario per dare corso alle informazioni ed ai servizi richiesti, all'attività assicurativa e riassicurativa connessa al contratto di assicurazione e per la quale la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. In relazione a tale finalità Le viene richiesto di fornire il Suo consenso solo per il trattamento dei dati di natura sensibile eventualmente resi in occasione della sottoscrizione del contratto o che renderà in costanza del rapporto instaurato a qualsiasi titolo con la Società. A tale proposito precisiamo che eventuali e successive raccolte e, in genere, trattamenti di dati di natura sensibile dell'assicurato per ragioni connesse all'esecuzione del rapporto assicurativo verranno gestiti nel rispetto della normativa, per il tramite di personale medico e, ove necessario od opportuno, saranno regolati da specifica informativa.

### **2. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il trattamento può essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati e consisterà nelle operazioni indicate all'articolo 4, comma 1, lettera a) del D. Lgs. 196/2003 e sue successive modifiche e/o integrazioni.

### **3. CONFERIMENTO DEI DATI**

Il conferimento dei dati personali è necessario per dare corso all'attivazione del rapporto assicurativo e nella vigenza del contratto, è obbligatorio qualora sia richiesto da specifiche normative, quali ad esempio quelle relative all'antiriciclaggio, al Casellario centrale infortuni, alla Motorizzazione civile. Viceversa è facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso.

### **4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI**

L'eventuale rifiuto di fornire i Suoi dati o di fornire i consensi richiesti può comportare l'impossibilità di stipulare o eseguire il contratto, ovvero di gestire e liquidare il sinistro denunciato e di fornirLe informazioni su offerte, iniziative e promozioni svolte dal Titolare, dalle società del Gruppo o da società partners.

### **5. COMUNICAZIONE DEI DATI**

I dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1), ad altri soggetti appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa" quali, per esempio, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, brokers e altri canali di distribuzione; periti consulenti e legali; medici legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei sinistri, campagne promozionali o di telemarketing o attività esecutive delle stesse, nonché attività e servizi connessi alla gestione del rapporto contrattuale in essere o da stipulare; organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; banche dati esterne; IVASS e Ministero dell'Industria, del commercio e dell'artigianato; CONSAP e UCI. In tal caso, i dati identificativi dei suddetti altri titolari e degli eventuali responsabili possono essere acquisiti presso i suddetti soggetti.

In considerazione della complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, precisiamo inoltre che quali "responsabili" o "incaricati" del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i dipendenti e/o collaboratori della Società di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute, nonché dipendenti e/o collaboratori di altre società appartenenti al Gruppo Aviva.

Inoltre, i dati personali possono essere comunicati per le medesime finalità ad altre società del medesimo gruppo societario (società controllanti, controllate o collegate anche indirettamente), a pubbliche Amministrazioni ove richiesto dalla legge, nonché a terzi fornitori di servizi informatici o di archiviazione.

L'elenco costantemente aggiornato delle altre società a cui saranno comunicati i Suoi dati e dei "responsabili" potrà essere richiesto in qualsiasi momento al Titolare, al seguente indirizzo Avipop Assicurazioni S.p.A. - Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI). In particolare le precisiamo che lei potrà esercitare il suo diritto di opposizione all'utilizzo dei dati anche solo parzialmente, con riferimento a specifiche finalità tra quelle sopra elencate e potrà in ogni momento esercitare la facoltà di ricevere comunicazioni commerciali attraverso uno specifico canale di comunicazione tra quelli sopra citati nella presente informativa.

## 6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

## 7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali forniti potranno essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, all'interno dell'Unione europea o in Paesi terzi, per le finalità di cui al punto 1) nel rispetto della vigente normativa ed in particolare degli articoli 42-45 del D. Lgs. 196/2003.

## 8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Fermi restando gli effetti indicati al precedente punto 4), Lei potrà in ogni momento e gratuitamente esercitare i diritti previsti dall'articolo 7 del D. Lgs. 196/2003 – e cioè conoscere quali dei Suoi dati vengono trattati, richiederne l'integrazione, la modifica o la cancellazione per violazione di legge, o opporsi al trattamento – inviando una comunicazione scritta ad Avipop Assicurazioni S.p.A. - Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI).

## 9. TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento dei dati è la Società i cui estremi identificativi sono descritti al precedente punto 1). Gli ulteriori dati identificativi sono stati comunicati alle competenti Autorità di controllo e sono disponibili presso la sede legale della Società.

L'elenco completo dei "responsabili" in essere è disponibile presentando richiesta scritta al Titolare.

**Avipop Assicurazioni S.p.A.**  
Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano  
[www.avipop.it](http://www.avipop.it)  
Tel. +39 02 2775.1  
Fax +39 02 2775.204



**Avipop Assicurazioni S.p.A. è una società del Gruppo Aviva**



Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Capitale Sociale Euro 63.500.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1797850 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00002