

Contratto di assicurazione Collettivo della Degenza ospedaliera

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- Nota Informativa comprensiva di Glossario
- Condizioni di Assicurazioni

**DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA
SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

Diaria da Ricovero

Nota Informativa

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.

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

Informiamo che nel sito www.veraassicurazioni.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.

A. INFORMAZIONI SULLA SOCIETÀ DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni Generali

Vera Assicurazioni S.p.A., Impresa di Assicurazione del Gruppo Cattolica Assicurazioni, ha sede legale e direzione generale in Via Carlo Ederle 45 – 37126 Verona – Italia.

Numero di telefono: 045/8392777 – sito internet: www.veraassicurazioni.it"

Indirizzo di posta elettronica:

– per informazioni di carattere generale: info@veraassicurazioni.it

– per informazioni relative alle liquidazioni: sinistrire@veraassicurazioni.it

Vera Assicurazioni S.p.A. è stata 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 presso IVASS al n. 019

2 Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Vera Assicurazioni S.p.A. è pari a Euro 81.514.976,00 di cui Euro 63.500.000,00 di Capitale Sociale (i.v.) e Euro 2.248.381,00 di Riserve Patrimoniali.

L'**indice** di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione calcolato in funzione del requisito di capitale basato sullo specifico profilo di rischio della Impresa stessa è pari al 370%. L'**indice** di solvibilità calcolato sul requisito minimo patrimoniale richiesto è pari al 1282%.

Per ogni dettaglio si rimanda alla sezione E del documento "SFCR" (Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria) pubblicato sul sito dell'Impresa di Assicurazione.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

AVVERTENZA: Il contratto offerto è stipulato con tacito rinnovo; in mancanza di disdetta spedita dall'Assicurato alla Società mediante lettera raccomandata inviata almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti: Art. 1 - Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio; delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

3 Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La Società garantisce nel corso della durata contrattuale i casi di:

a) Diaria di ricovero da malattia e infortunio

b) Assistenza

A) DIARIA DI RICOVERO DA MALATTIA E INFORTUNIO

La Società si impegna a liquidare l'indennità giornaliera garantita, secondo il piano prescelto, in caso di Ricovero dell'Assicurato, in conseguenza di una malattia o di un infortunio indennizzabile ai termini di polizza. Il pagamento dell'indennità sarà effettuato dalla Società indipendentemente da ogni altra assicurazione pubblica o privata di cui eventualmente fruisca l'Assicurato, con il massimo di 365 giorni per ciascun ricovero.

Agli effetti del computo delle giornate di degenza, si conviene che la giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di Cura sono considerate una sola giornata, qualsiasi sia l'ora del ricovero e della dimissione.

Resta inteso che:

- a) qualora il Ricovero avvenga all'Estero, l'indennità giornaliera garantita, secondo il piano prescelto, si intenderà raddoppiata;
- b) qualora invece il Ricovero perduri per un periodo di almeno 40 giorni, senza soluzione di continuità, l'indennità giornaliera garantita, secondo il piano prescelto, si intenderà triplicata e corrisposta in tale misura dal primo giorno di degenza;
- c) qualora l'Assicurato abbia un'età superiore ai 65 anni, varranno le indennità previste dal Piano Standard, senza l'applicazione di quanto previsto ai precedenti punti a) e b) e fermo quanto predisposto al successivo Art. 12 - Limiti di età.

Per gli aspetti di dettaglio inerenti la copertura assicurativa prevista, si rinvia ai seguenti: Art. 10 – Oggetto dell'Assicurazione – Art. 11 – Termini di aspettativa; delle Condizioni che regolano la garanzia Diaria di Ricovero.

AVVERTENZA: Il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo; si rinvia, per aspetti di maggiore dettaglio, ai seguenti: Art. 9 – Persone non assicurabili – Cessazione dell'assicurazione; delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale; Art. 13 – Esclusioni; delle Condizioni che regolano la garanzia Diaria di Ricovero.

ESEMPI DI LIQUIDAZIONE DI SINISTRO PER RICOVERO

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento dei limiti di indennizzo.

RICOVERO	IN ITALIA	ALL'ESTERO
Piano di indennizzo STANDARD	Diaria giornaliera € 50,00	Diaria giornaliera € 100,00
10 GIORNI di ricovero per malattia o infortunio	€ 450,00 (€ 50 x 9 gg.) il primo e l'ultimo giorno sono considerati un solo giorno	€ 900,00 (€ 100,00 x 9 gg.) la diaria raddoppia automaticamente se il ricovero avviene all'estero
40 GIORNI di ricovero per malattia o infortunio SENZA INTERRUZIONE	€ 6.000,00 (€ 150 x 40 gg.) se il ricovero perdura almeno 40 gg , l'indennità si triplica automaticamente dal primo giorno.	€ 12.000,00 (€ 300,00 x 40 gg.) la diaria raddoppia automaticamente se il ricovero avviene all'estero
Piano di indennizzo SUPER	Diaria giornaliera € 50,00	Diaria giornaliera € 100,00
40 GIORNI di ricovero per malattia o infortunio SENZA INTERRUZIONE in caso di età dell'Assicurato oltre i 65 anni	€ 2.000,00 (€ 50,00 x 40 gg.) se l'età è superiore ai 65 anni, l'Assicurato verrà indennizzato solamente sulla base del piano Standard	€ 2.000,00 (€ 50,00 x 40 gg.) se l'età è superiore ai 65 anni, l'Assicurato verrà indennizzato solamente sulla base del piano Standard
1 GIORNO di ricovero senza pernottamento	Nessuna indennità perché occorre almeno un pernottamento	Nessuna indennità perché occorre almeno un pernottamento

AVVERTENZA: L'Assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del 70esimo anno di età dell'Assicurato. Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti: Art. 12 - Limiti d'età; delle Condizioni che regolano la garanzia Diaria di Ricovero.

4. Periodi di Carenza contrattuali

AVVERTENZA : Per gli aspetti di dettaglio inerenti la Carenza, si rinvia ai seguenti: Art. 11 - Termini di aspettativa; delle Condizioni che regolano la garanzia Diaria di Ricovero.

ESEMPI DI APPLICAZIONE DELLA CARENZA

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi della carenza.

RICOVERO Decorrenza polizza 1° settembre 2010	ITALIA/ ESTERO
Ricovero di 10 gg. a seguito di INFORTUNIO avvenuto il 5 settembre	Nessuna carenza in quanto la copertura decorre dalle ore 24:00 del giorno stesso di stipula (1° settembre)
Ricovero di 10 gg. a seguito di MALATTIA avvenuto il 5 settembre	Nessun indennizzo in quanto il ricovero cade nel periodo di carenza (scopertura dei primi 30 giorni dalla stipula della polizza)
Ricovero per parto indennizzabile a termini di polizza avvenuto il 30 ottobre 2010	Nessun indennizzo in quanto il ricovero cade nel periodo di carenza (scopertura dei primi 300 giorni dalla stipula della polizza)

B) ASSISTENZA

La Società si obbliga, nel corso della durata contrattuale, a garantire le prestazioni di assistenza elencate in polizza.

Per gli aspetti di dettaglio inerenti la copertura prevista si rinvia ai seguenti: Art. 16 – Oggetto della Garanzia – Art. 23 – Prestazioni e garanzie; delle Condizioni che regolano la garanzia Assistenza.

AVVERTENZA: La Garanzia Assistenza prevede limitazioni ed esclusioni che possono dar luogo alla riduzione o alla mancata erogazione delle prestazioni; si rinvia, per aspetti di maggiori dettaglio, ai seguenti: Art. 17 – Validità territoriale – Art. 18 – Esclusioni – Art. 19 – Delimitazioni ed effetti giuridici relativi alle prestazioni ed alle Garanzie; delle Condizioni che regolano la Garanzia Assistenza.

ESEMPI DI APPLICAZIONE DELLE FRANCHIGIE E LIMITI DI INDENNIZZO

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi delle franchigie e limiti di indennizzo.

GARANZIE	SCOPERTI/FRANCHIGIE
Invio dell'ambulanza a domicilio in Italia	Costo del trasporto € 300,00 Massimo indennizzo per sinistro € 150,00 con il massimo di € 450,00 per anno
Invio di un infermiere a domicilio in Italia a termini delle condizioni di polizza	Costo dell'infermiere € 250,00 Massimo indennizzo per sinistro € 300,00
Assistenza per cure fisioterapiche con indirizzo riabilitativo a domicilio in Italia	Costo della cura in un anno € 600,00 Massimo indennizzo per sinistro e per anno € 700,00

AVVERTENZA: la Società presta il servizio di assistenza tramite una Struttura Organizzativa esterna, Blue Assistance S.p.A., con sede in Via Santa Maria,11 – Torino, in conformità al Regolamento Isvap n 12 del 9 gennaio 2008.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

AVVERTENZA: eventuali dichiarazioni dell'Assicurato false o reticenti inerenti a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti: Art. 2 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio; delle Norme che regolano l'assicurazione in generale.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio.

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art.1898 del Codice Civile. Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti: Art. 3 – Aggravamento e diminuzione del rischio; delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

7. Premi

La polizza Diaria da Ricovero ha una durata annuale. In ogni caso non sono ammesse polizze di durata inferiore all'anno.

Il pagamento del premio avviene con periodicità annuale o mensile senza oneri aggiuntivi e l'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento. **Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti: Art. 1 – Decorrenza della garanzia – Pagamento del Premio; delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale.**

I mezzi di pagamento consentiti dalla Società sono i seguenti:

- Addebito annuale o mensile sul conto corrente dell'Assicurato Principale.

8. Diritto di recesso

AVVERTENZA: Dopo la denuncia di sinistro, indennizzabile a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, sia l'Assicurato, sia la Società possono recedere dall'Assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi mediante lettera raccomandata. Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti: Art. 8 – Recesso in caso di sinistro; delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Art.2952 del Codice Civile, il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze, mentre gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

10. Legge applicabile al contratto

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

11. Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi relativi alla garanzia Diaria di ricovero sono soggetti ad imposta pari al 2,5% del premio imponibile; i premi relativi alla garanzia Assistenza sono soggetti ad imposta pari al 10% del premio imponibile.

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

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell’indennizzo

AVVERTENZA: L’insorgenza del sinistro coincide con il momento in cui si verifica il fatto dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

La denuncia dell’infortunio con l’indicazione delle cause che lo hanno determinato, deve essere fatta per iscritto; per effettuare la denuncia di sinistro, potrà essere utilizzato l’apposito Modulo di denuncia sinistro, disponibile presso la Filiale o Agenzia dove si è sottoscritto il Modulo di Adesione.

L’Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società e a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria.

Le spese relative ai certificati medici e quelle di cura, salvo sia stato contrariamente convenuto, sono a carico dell’Assicurato. Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti: Art. 14 Denuncia del sinistro ed obblighi relativi; delle Condizioni che regolano la garanzia Diaria da Ricovero.

13. Assistenza diretta - Convenzioni

AVVERTENZA: la Società presta il servizio di assistenza tramite una Struttura Organizzativa esterna, Blue Assistance S.p.A., con sede in Via Santa Maria,11 – Torino, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzate e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell’anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l’Assicurato, all’organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima Società. Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti: Art.19 – Delimitazioni ed effetti giuridici relativi alle prestazioni e alle garanzie - Art. 23 - Prestazioni e Garanzie; delle condizioni che regolano la Garanzia di Assistenza.

Per usufruire del servizio Assistenza si rinvia ai seguenti: Art. 21 – Numero telefonico - Art. 22 – Obblighi dell’Assicurato in caso di sinistro; delle Condizioni che regolano la garanzia Assistenza.

Per l’elenco aggiornato dei centri e dei medici convenzionati si rinvia ai seguenti: Art. 23 – Prestazioni e Garanzie – punto 014 – Accesso alle Reti Salute; delle Condizioni che regolano la garanzia Assistenza.

14 Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per scritto ad Vera Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami - Via Carlo Ederle 45-37126 Verona - Fax 045.8372903 - mail: reclami@veraassicurazioni.it

I reclami riguardanti invece il comportamento dell’Intermediario, dei suoi dipendenti e collaboratori, devono essere inoltrati all’Intermediario stesso che provvede a gestirli secondo quanto previsto dalla sua politica di gestione. I reclami di spettanza dell’Intermediario ma presentati alla Società, o viceversa, saranno trasmessi senza ritardo dall’uno all’altro, dandone contestuale notizia al reclamante.

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 – Via del Quirinale 21 – 00187 Roma – Fax 06.42133.353/745 - Numero Verde 800-486661.

I reclami indirizzati per iscritto all’IVASS, utilizzando l’apposito modello reperibile nella sezione “Reclami” del sito della Società, dovranno contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), l’individuazione del soggetto di cui si lamenta l’operato con una breve ed esaustiva descrizione del motivo di 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 si ricorda che permane la competenza esclusiva dell’Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere ai seguenti sistemi conciliativi previsti a livello normativo o convenzionale:

- **Mediazione obbligatoria**, prevista dal Decreto Legislativo 28/2010 e successive modificazioni introdotte con il decreto legge 69/2013 convertito, con modificazioni, nella legge 98 del 09/08/2013. Per avvia-

re la mediazione occorre, con l'assistenza di un avvocato, presentare un'istanza ad uno degli Organismi di mediazione imparziali iscritti nell'apposito registro istituito presso il Ministero di Giustizia (consultabile sul sito www.giustizia.it) ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia.

Tale sistema costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale in relazione ai contratti assicurativi in generale;

- **Negoziazione assistita**, prevista dal Decreto legge 132/2014 convertito, con modificazioni, nella legge 162 del 10/11/2014. Tale sistema costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale per chi intenda:
 - esercitare in giudizio un'azione in materia di risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti; oppure
 - proporre in giudizio una domanda di pagamento a qualsiasi titolo di somme non eccedenti € 50.000, ad eccezione delle controversie assoggettate alla disciplina della cosiddetta mediazione obbligatoria (ovvero esclusi i contratti assicurativi in generale).

15 Arbitrato

Per le eventuali controversie di natura medica, sulla natura o le conseguenze dell'infortunio o della malattia o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici nonché sui criteri di indennizzabilità, 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. **Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti: Art.15 - Controversie - delle Norme che regolano l'Assicurazione Diaria da Ricovero.**

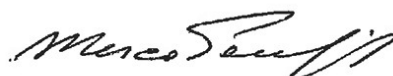
AVVERTENZA: Per la risoluzione di eventuali controversie tra le Parti, l'Assicurato in alternativa a quanto precede, ha facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, previo esperimento dei sistemi conciliativi a livello normativo o convenzionale.

16 Conflitto di interessi

Il presente contratto è un prodotto Vera Assicurazioni società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni; Vera Assicurazioni S.p.A. è partecipata al 65% da Cattolica Assicurazioni e al 35% da Banco BPM S.p.A.. Il presente prodotto è intermediato dalle Banche del Gruppo Banco BPM. Il collocamento del presente contratto potrebbe comportare il rischio di un conflitto di interesse derivante dalla situazione sopra descritta. La Società si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva variazione rilevante circa quanto sopra. La Società, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interesse, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno al Contraente/Aderente.

“Vera Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.”

Il Rappresentante legale
MARCO PASSAFIUME



GLOSSARIO

Ai termini che seguono, le Parti attribuiscono il significato qui di seguito indicato:

ASSICURATO

Il soggetto, residente nel territorio della Repubblica Italiana, il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

ASSICURATO PRINCIPALE

Il soggetto, residente nel territorio della Repubblica Italiana, titolare del conto corrente ed intestatario del "Modulo di Adesione".

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

CONIUGE

Il coniuge e/o il convivente more uxorio dell'Assicurato risultante dallo Stato di Famiglia dell'Assicurato.

CONTRAENTE

Banco BPM S.p.A. con Sede legale in Piazza Meda 4, 20121 Milano.

ESTERO

Tutti i territori al di fuori dell'Italia.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO

L'evento dovuto unicamente a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

ISTITUTO DI CURA

L'ospedale, la clinica o la casa di cura regolarmente autorizzati a fornire assistenza sanitaria ospedaliera, esclusi comunque gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

ITALIA

Il territorio della Repubblica Italiana, San Marino e della Città del Vaticano.

MALATTIA

L'alterazione dello stato di salute, non dipendente da infortunio, clinicamente ed oggettivamente constatabile.

MALATTIA CRONICA

Malattia ad andamento prolungato con scarsa tendenza alla guarigione.

MALATTIA IMPROVVISA

Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza all'atto di adesione alla polizza assicurativa e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto allo stesso.

MALATTIA PREESISTENTE

Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla decorrenza della polizza.

NUCLEO FAMILIARE

L'Assicurato, il coniuge o il convivente more uxorio ed i figli risultanti dallo Stato di Famiglia dell'Assicurato al momento del sinistro.

POLIZZA

Il documento che prova l'Assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta alla Società.

PRESTAZIONE

L'Assistenza da erogarsi in natura e cioè l'aiuto che deve essere fornito all'Assicurato, nel momento del bisogno, da parte della Società per il tramite della Struttura Organizzativa.

RESIDENZA

Il luogo in cui l'Assicurato principale ha la sua dimora abituale come risultante da certificato anagrafico.

RICOVERO

La degenza comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura.

RIMBORSO

La reintegrazione delle spese sostenute dall'Assicurato coperte dalla Garanzia.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso.

SOCIETÀ

Vera Assicurazioni S.p.A.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura di Blue Assistance - Via Santa Maria, 11 - Torino, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima Società.

Diaria da Ricovero

Condizioni di Assicurazione

La Polizza Convenzione Collettiva Diaria da Ricovero nn. 3241 - 3246 - 3251 stipulata con Vera Assicurazioni S.p.A. è depositata sia presso la Direzione Generale del Banco BPM S.p.A., sia presso la Direzione di Vera Assicurazioni S.p.A.

PROSPETTO DELLE GARANZIE, SOMME ASSICURABILI E PREMI

Il premio di ogni singola Adesione varia in base alle somme assicurate, alle garanzie ed alla forma di copertura prescelta.

• **Per Assicurandi con età inferiore ad anni 50:**

PIANO ASSICURATIVO Inclusivo della Garanzia Assistenza	DIARIA DA RICOVERO	PIANI ASSICURATIVI E PREMI ANNUI LORDI					
		ASSICURATO PRINCIPALE		ASSICURATO PRINCIPALE+CONIUGE		NUCLEO FAMILIARE	
		PREMIO ANNUO	PREMIO MENSILE	PREMIO ANNUO	PREMIO MENSILE	PREMIO ANNUO	PREMIO MENSILE
STANDARD	50,00 €	125,00	10,42	225,00	18,75	312,00	26,00
SUPER	100,00 €	240,00	20,00	430,00	35,83	600,00	50,00
EXTRA	200,00 €	470,00	39,17	845,00	70,42	1.170,00	97,50

• **Per Assicurandi con età superiore ad anni 50:**

PIANO ASSICURATIVO Inclusivo della Garanzia Assistenza	DIARIA DA RICOVERO	PIANI ASSICURATIVI E PREMI ANNUI LORDI					
		ASSICURATO PRINCIPALE		ASSICURATO PRINCIPALE+CONIUGE		NUCLEO FAMILIARE	
		PREMIO ANNUO	PREMIO MENSILE	PREMIO ANNUO	PREMIO MENSILE	PREMIO ANNUO	PREMIO MENSILE
STANDARD	50,00 €	240,00	20,00	430,00	35,83	600,00	50,00
SUPER	100,00 €	470,00	39,17	845,00	70,42	1.170,00	97,50
EXTRA	200,00 €	930,00	77,50	1.670,00	139,17	2.320,00	193,33

NB: I premi esposti devono intendersi comprensivi di imposte. Le imposte relative all'infortuni e malattie sono del 2,5%, mentre quelle relative all'assistenza sono del 10%.

Resta inteso che:

- per la definizione della tariffa da applicarsi al Piano Assicurativo "Assicurato Principale + Coniuge" o "Nucleo Familiare", si farà riferimento all'età dell'Assicurato Principale;
- qualora, nel corso della durata della presente polizza, l'Assicurato Principale dovesse superare il 50° anno di età, verrà comunque mantenuta la tariffa sino a quel momento applicata, senza quindi adeguamento del premio.

Il premio di ogni singola Adesione varia in base alle somme assicurate, alle garanzie ed alla forma di copertura prescelta.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art 1 - Decorrenza della garanzia di ciascuna adesione - Pagamento del premio.

La garanzia decorrerà nei confronti dell' Assicurato dalle ore 24:00 del giorno della sottoscrizione, da parte dell'Assicurato stesso, del Modulo di Adesione, presso una Filiale o Agenzia del Contraente. Se l'Assicurato non paga le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.

In mancanza di disdetta, inviata 60 giorni prima della scadenza anniversaria, la copertura assicurativa si rinnova per un anno e così successivamente.

Art. 2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del/degli Assicurato/i 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.

Art.3 – Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art.1898 del Codice Civile.

Art. 4 - Altre assicurazioni.

L'Assicurato è esonerato dal comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

Art .5 - Foro competente.

Foro competente, a scelta della Parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del Convenuto.

Art. 6- Oneri fiscali.

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

Art. 7 - Rinvio alle norme di legge.

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

Art. 8 - Recesso in caso di sinistro.

Dopo la denuncia di sinistro, indennizzabile a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'Assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi mediante lettera raccomandata. In caso di recesso esercitato da una delle Parti, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 9 - Persone non assicurabili - Cessazione dell'assicurazione.

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione dell'Assicurato di non essere affetto da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato stesso. Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso del contratto, costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile; si applica in questo caso la disciplina prevista da tale articolo.

CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GARANZIA DIARIA DA RICOVERO

Art. 10 - Oggetto dell'Assicurazione.

La Società si impegna a liquidare l'indennità giornaliera garantita, secondo il piano prescelto, in caso di Ricovero dell'Assicurato, in conseguenza di una malattia o di un infortunio indennizzabile ai termini di polizza. Il pagamento dell'indennità sarà effettuato dalla Società indipendentemente da ogni altra assicurazione pubblica o privata di cui eventualmente fruisca l'Assicurato, con il massimo di 365 giorni per ciascun ricovero. Agli effetti del computo delle giornate di degenza, si conviene che la giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di Cura sono considerate una sola giornata, qualsiasi sia l'ora del ricovero e della dimissione.

Resta inteso che:

- a) **qualora il Ricovero avvenga all'Estero, l'indennità giornaliera garantita, secondo il piano prescelto, si intenderà raddoppiata;**
- b) **qualora invece il Ricovero perduri per un periodo di almeno 40 giorni, senza soluzione di continuità, l'indennità giornaliera garantita, secondo il piano prescelto, si intenderà triplicata** e corrisposta in tale misura dal primo giorno di degenza;
- c) **qualora l'Assicurato abbia un'età superiore ai 65 anni, varranno le indennità previste dal Piano Standard**, senza l'applicazione di quanto previsto ai precedenti punti a) e b) e fermo quanto predisposto al successivo Art. 12- Limiti di età.

Art. 11 - Termini di aspettativa.

L'Assicurazione ha effetto:

- a) per gli infortuni: dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza della presente Polizza;
- b) per le malattie: dalle ore 24:00 del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della Polizza;
- c) per il parto: dalle ore 24:00 del 300° giorno successivo a quello di decorrenza della Polizza ;
- d) per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio: dalle ore 24:00 del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della Polizza, sempreché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'Assicurazione.

Art. 12 - Limiti di età.

Se la Società non è a conoscenza dell'età dell'Assicurato, per mancata indicazione della medesima, l'Assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del 70° anno di età dell'Assicurato. L'eventuale incasso dei premi scaduti successivamente, da parte della Società, dà diritto all'Assicurato di richiederne la restituzione in qualunque momento.

Art. 13 - Esclusioni.

Tutte le prestazioni/garanzie non sono dovute per ricoveri provocati o dipendenti da:

- a) infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto;
- b) stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- c) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) infortuni e malattie conseguenti all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni e all'uso di psicofarmaci e di stupefacenti;
- e) 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) infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti;
- g) cure dentarie e parodontopatie non conseguenti ad infortunio;
- h) applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- i) conseguenze di guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni;
- j) 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.);

- k) aborto volontario non terapeutico;
- l) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- m) infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- n) infortuni causati dai seguenti sport: pugilato, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, atletica pesante, rugby, football americano, speleologia, scalata di roccia o ghiacciaio, arrampicata libera (free-climbing), guidoslitta, bob, sci acrobatico, salto dal trampolino con sci o idrosci, Kite - surfing, immersione con autorespiratore;
- o) sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria.

Le prestazioni/garanzie non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

Art. 14 - Denuncia del sinistro ed obblighi relativi.

La denuncia del ricovero, deve essere fatta entro 7 giorni dal suo verificarsi o non appena possibile.

In caso di sinistro, l'Assicurato o gli aventi diritto devono compilare l'apposito "Modulo di Denuncia del Sinistro" reperibile presso la Contraente, compilandolo secondo le modalità ivi riportate allegando la documentazione richiesta.

Art. 15 - Controversie.

In caso di controversie tra l'Assicurato e la Società sulla natura o le conseguenze dell'infortunio o della malattia, la decisione sulla controversia può essere demandata ad un Collegio arbitrale composto da tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. 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. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Per la risoluzione di eventuali controversie tra le parti è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GARANZIA ASSISTENZA

Art. 16 - Oggetto della garanzia.

Le prestazioni di assistenza, di seguito elencate, che la Società si impegna ad erogare tramite la Struttura Organizzativa sono fornite **fino a tre volte per ciascun tipo durante il periodo di durata della Copertura assicurativa**, fermo restando che l'importo globale degli indennizzi corrisposti non potrà superare i massimali complessivi previsti.

Art. 17 - Validità territoriale.

La polizza ha vigore nei Paesi ove si è verificato il sinistro ed in cui le prestazioni vengono fornite ed in particolare in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano, Albania, Algeria, Andorra, Austria, Belgio, Bielorussia, Bosnia Erzegovina, Bulgaria, Croazia, Danimarca, Egitto, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Grecia, Irlanda, Islanda, Liechtenstein, Lettonia, Libia, Lituania, Lussemburgo, Macedonia, Malta, Marocco, Moldavia, Principato di Monaco, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Russia, Serbia e Montenegro, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Tunisia, Turchia, Ucraina e Ungheria, fatta salva l'eventuale limitazione indicata nelle singole prestazioni. La durata massima della copertura, per ciascun periodo di permanenza all'estero nel corso di validità dell'Assicurazione è di 60 giorni.

Non sono fornite prestazioni e/o 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.

La durata massima della copertura, per ciascun periodo di permanenza all'estero nel corso di validità dell'Assicurazione è di 60 giorni.

Art. 18 - Esclusioni.

Tutte le prestazioni/garanzie non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- a) gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove e allenamenti;
- b) alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- c) guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, insurrezioni, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- d) dolo dell'Assicurato o colpa grave;
- e) abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso di stupefacenti e di allucinogeni;
- f) tentato suicidio o suicidio;
- g) sport aerei in genere, guida ed uso di deltaplani ed altri tipi di veicoli aerei ultraleggeri, paracadutismo, parapendii ed assimilabili, guidoslitta, bob, sci acrobatico, salti dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, arrampicata libera (free climbing), Kite-surfing, immersioni con autorespiratore, sports comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, pugilato, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, atletica pesante, rugby, football americano, speleologia, atti di temerarietà, infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale, comunque non dilettantistiche (comprese gare, prove ed allenamenti);
- h) malattie nervose e mentali, malattie dipendenti da aborto volontario o procurato;
- i) malattie preesistenti cioè le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione della Richiesta di Adesione;
- j) malattie croniche;
- k) espianto e/o trapianto di organi.

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

Art. 19 - Delimitazioni ed effetti giuridici relativi alle prestazioni e alle garanzie.

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

- a) La Società e la relativa Struttura Organizzativa non assumono responsabilità per 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, la Società e la relativa Struttura Organizzativa non sono tenute a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione;
- c) Ogni diritto nei confronti della Società e della relativa Struttura Organizzativa si prescrive entro il termine di un anno dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alle prestazioni / garanzie in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del Codice Civile.
- d) Il diritto alle assistenze fornite dalla Struttura Organizzativa decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa 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 impresa di assicurazione, è fatto obbligo di dare comunque avviso del sinistro ad ogni impresa assicuratri-

ce e specificatamente alla Società nel termine di tre giorni a pena di decadenza, valendo l'inadempimento quale omissione dolosa. Nel caso in cui attivasse altra impresa, le presenti prestazioni saranno operanti, nei limiti e alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dall'impresa 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.

Art. 20 - Segreto professionale.

L'Assicurato libera dal segreto professionale nei confronti della Società, i medici eventualmente investiti dall'esame del sinistro che lo hanno visitato prima o anche dopo il sinistro stesso.

Art. 21 - Numero telefonico.

La Società per il tramite della Struttura Organizzativa, metterà a disposizione un numero di linee telefoniche che consenta l'ottemperanza degli obblighi contrattuali facenti capo al numero telefonico **dall'Italia 800 185026 oppure dall'Estero e dall'Italia 0039 011 742.56.65.**

Art. 22 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve prendere immediatamente contatto con la Struttura Organizzativa. L'inadempimento di tale obbligo comporta la decadenza al diritto alle prestazioni di assistenza, valendo quale omissione dolosa.

Art.23 - Prestazioni e garanzie

001 - Consulenza medica

Qualora l'Assicurato necessitasse valutare il proprio stato di salute, potrà contattare i medici della Struttura Organizzativa e chiedere un consulto telefonico. L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa il motivo della sua richiesta ed il recapito telefonico.

002 - Ricerca e prenotazione centri ospedalieri

La prestazione è fornita dalle ore 9:00 alle ore 18:00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato, a seguito di malattia e/o infortunio, debba sottoporsi ad intervento chirurgico potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito eventualmente il medico curante, provvederà ad individuare e prenotare - tenuto conto delle disponibilità esistenti - un Centro Ospedaliero attrezzato per l'intervento in Italia o all'estero.

003 - Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio e/o malattia, risultasse affetto da una patologia che per caratteristiche obiettive venisse ritenuta dai medici della Struttura Organizzativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza dell'Assicurato ed i medici di cui sopra, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il trasferimento dell'Assicurato in un Centro Ospedaliero adeguato alla cura della patologia da cui è affetto, la Struttura Organizzativa provvederà:

- ad individuare e prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, il Centro Ospedaliero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato in autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto sarà interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, qualora i medici della Struttura Organizzativa la ritenessero necessaria. La Società terrà a proprio carico i relativi costi. La prestazione verrà fornita per l'improvvisa carenza dei soli strumenti clinici necessari e idonei alla cura, giusta certificazione del Direttore Sanitario della struttura interessata.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa, possono essere curate nell'ambito dell'Organizzazione Ospedaliera della Regione di Residenza;
- le infermità o le lesioni che non sono curabili nell'ambito dell'Organizzazione Ospedaliera della Regione di Residenza per deficienze strutturali e/o organizzative dell'Organizzazione Ospedaliera;
- tutti i casi in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie.

004 - Rientro dal Centro Ospedaliero in Italia

Qualora l'Assicurato, successivamente alla prestazione "Trasferimento in un Centro Ospedaliero in Italia", venisse dimesso dopo la degenza e necessitasse di rientrare al proprio domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il rientro dell'Assicurato con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa d'intesa con i medici curanti riterranno più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

- il treno prima classe e occorrendo il vagone letto;
- l'autoambulanza, (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto verrà organizzato interamente dalla Struttura Organizzativa, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, qualora i medici della Struttura Organizzativa la ritenessero necessaria.

005 - Invio di un medico a domicilio, in Italia in casi di urgenza

Qualora, successivamente ad una Consulenza Medica, emergesse la necessità che l'Assicurato debba sottoporsi ad una visita medica, la Struttura Organizzativa provvederà, con spese a carico della Società, ad inviare al suo domicilio uno dei medici convenzionati con Blue Assistance. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento dell'Assicurato in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino.

La prestazione è fornita dalle ore 20:00 alle ore 8:00 da lunedì a venerdì e 24 ore su 24 il sabato, la domenica e nei giorni festivi.

006 - Invio di una autoambulanza a domicilio, in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio e successivamente ad una Consulenza Medica, necessitasse di un trasporto in autoambulanza, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasferimento dell'Assicurato al centro medico più vicino.

Massimale: La Società terrà a proprio carico i costi **fino alla concorrenza massima di € 450,00 per anno con il limite di € 150,00 per sinistro.**

007 - Consulenza cardiologica

In caso di malattia e/o infortunio è necessario valutare lo stato di salute dell'Assicurato per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

Tramite un collegamento telefonico diretto effettuato dai medici cardiologi della Struttura Organizzativa e l'Assicurato o il medico che l'ha in cura sul posto.

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

008 - Consulenza ginecologica

L'Assicurato, in caso di malattia e/o infortunio necessita di un collegamento telefonico urgente e non riesce a reperire il proprio ginecologo.

Tramite un collegamento telefonico diretto effettuato dai medici della Struttura Organizzativa con l'Assicurato.

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

009 - Consulenza pediatrica

L'Assicurato, in caso di malattia e/o infortunio del proprio bambino, necessita di un consulto telefonico urgente e non riesce a reperire il proprio pediatra.

Tramite un collegamento telefonico diretto effettuato dai medici della Struttura Organizzativa con l'Assicurato.

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

010 - Consulenza geriatrica

In caso di malattia e/o infortunio è necessario valutare lo stato di salute dell'Assicurato per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

Tramite un collegamento telefonico diretto effettuato dal medico geriatra della Struttura Organizzativa e l'Assicurato o il medico che l'ha in cura sul posto.

L'Assicurato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante ed il suo recapito telefonico.

011 - Consulenza ortopedica

In caso di malattia e/o infortunio l'assicurato non riuscisse a reperire il proprio ortopedico, verrà fornita consulenza ortopedica, tramite un collegamento telefonico diretto effettuato dai medici ortopedici della Struttura. L'Assicurato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante ed il suo recapito telefonico.

012 - Invio di un infermiere a domicilio, in Italia

Qualora l'Assicurato nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio e/o malattia abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere.

Massimale: La Società terrà a proprio carico l'onorario dell'infermiere **fino ad un massimo di € 300,00 per sinistro.**

013 - Assistenza per cure fisioterapiche con indirizzo riabilitativo a domicilio, in Italia

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio abbia bisogno di un fisioterapista a domicilio nel periodo di convalescenza, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un fisioterapista.

Massimale: La Società terrà a proprio carico l'onorario del fisioterapista **fino ad un massimo di € 700,00 per sinistro e per anno assicurativo.**

014 - Accesso alle Reti Salute

In base alle esigenze dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa, rilascerà informazioni, indirizzi, recapiti e tariffe agevolate applicate alle prestazioni richieste da parte delle strutture sanitarie convenzionate.

COME CONTATTARE LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

In caso di necessità, dovunque ci si trovi, l'Assicurato dovrà contattare la Struttura Organizzativa.

Il personale specializzato della Struttura Organizzativa è a completa disposizione, pronto ad intervenire o ad indicare le procedure più idonee per risolvere nel migliore dei modi qualsiasi tipo di problema oltre ad autorizzare eventuali spese.

IMPORTANTE: non prendere alcuna iniziativa senza avere prima interpellato telefonicamente la Struttura Organizzativa :

Numero Verde dall'Italia 800 18.50.26

Numero dall'estero 0039 011 742.56.65

Numero di fax 0039 011 742.55.88

Per richiedere l'Assistenza è necessario comunicare:

- le proprie generalità;
- il numero di polizza;
- il tipo di prestazione richiesta;
- il numero di telefono al quale può essere contattato e l'indirizzo del luogo in cui la prestazione è richiesta.

Qualora fosse nell'impossibilità di contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa, potrà inviare:
un fax al numero 0039 011 742.55.88

Blue Assistance per poter erogare le garanzie previste in polizza, deve effettuare il trattamento dei dati dell'Assicurato e a tal fine necessita ai sensi del D. Lgs. 196/03 (Codice Privacy) del Suo consenso. Pertanto l'Assicurato contattando o facendo contattare la Struttura Organizzativa di Blue Assistance, fornisce liberamente il proprio consenso al trattamento dei Suoi dati personali comuni e sensibili così come indicato nell'Informativa al Trattamento dei dati.

Diaria da Ricovero

Informativa in materia di protezione
dei dati personali

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13

del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (di seguito REG. UE)

Danni individuale

La Società Vera Assicurazioni S.p.A., con sede in (Verona), Via Carlo Ederle 45, **quale Titolare dei trattamenti sotto indicati**, premesso che la presente informativa viene rilasciata tramite i contraenti/assicurati/ ⁽¹⁾, anche agli eventuali interessati ⁽²⁾:

- cui i dati trattati si riferiscono, che prestino attività lavorativa o professionale o collaborino o siano in rapporti commerciali ed economici, familiari, di convivenza, o diversi, con i detti soggetti;
- i cui dati possano comunque essere comunicati, conosciuti e/o trattati dal Titolare in esecuzione e nello svolgimento del rapporto principale,

fornisce le seguenti informazioni.

DATI E FINALITA' DEL TRATTAMENTO

I dati personali identificativi ⁽³⁾, immagini e/o video, dati amministrativi, contabili e fiscali, professionali, commerciali patrimoniali e reddituali, eventuali dati giudiziari e dati relativi alla salute, relativi all'interessato o a terzi ⁽⁴⁾, sono utilizzati in osservanza e nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali:

- 1. per finalità assicurative/liquidative del Titolare** e quindi per finalità strettamente connesse e strumentali all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, per lo svolgimento dell'attività assicurativa, riassicurativa e di coassicurazione per l'ulteriore distribuzione del rischio; per la valutazione del rischio assicurato e per la gestione e la liquidazione dei sinistri; per attività preliminari ⁽⁵⁾ e conseguenti ⁽⁶⁾ (anche attraverso dati puntuali raccolti presso altre banche dati a cui il Titolare possa avere accesso per la valutazione economico/finanziaria del cliente), strumentali e conseguenti ⁽⁷⁾ alle predette; per l'esercizio e la difesa dei diritti, ecc. e per finalità derivanti da obblighi normativi, a cui è soggetto Titolare ⁽⁸⁾; inoltre anche per la comunicazione ad altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa ed al trattamento e trasferimento all'estero, anche extra UE, da parte del Titolare e di tali altri soggetti. In caso di Vostra comunicazione di dati personali relativi a terzi, siete responsabili della suddetta comunicazione e siete tenuti ad informarli e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi al trattamento dei loro dati, per le finalità, e con le modalità e da parte dei soggetti indicati;
- 2. per finalità di legittimo interesse di marketing del Titolare**, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto ⁽⁹⁾, salvo opposizione ⁽¹⁰⁾, così da farvi conoscere i prodotti/servizi del Titolare e quindi ad esempio ai fini di invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazione commerciale e promozione commerciale;
- 3. per finalità di legittimo interesse del Gruppo Imprenditoriale Cattolica (l'elenco delle società del Gruppo è rinvenibile sul sito www.cattolica.it), di comunicazione dei dati alle società facenti parte, che li tratteranno per proprie finalità di marketing, effettuate con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto ⁽¹¹⁾;**

⁽¹⁾ anche nel caso in cui siano soggetti diversi da persone fisiche;

⁽²⁾ ossia le persone fisiche cui si riferiscono i dati personali;

⁽³⁾ quali ad esempio nome, cognome, codice fiscale, partita iva, indirizzo, e-mail, recapito telefonico, targa/telaio del veicolo o natante, etc;

⁽⁴⁾ quali ad esempio conviventi, familiari, conducenti, beneficiari, collaboratori, dipendenti, referenti, garanti e coobbligati, etc., ed i cui dati vengono trattati limitatamente alle finalità assicurative/liquidative;

⁽⁵⁾ quali ad esempio la stesura di preventivi;

⁽⁶⁾ quali ad esempio analisi tariffarie;

⁽⁷⁾ quali ad esempio la verifica della qualità percepita del servizio, con riferimento a richieste pervenute e al miglioramento del servizio reso;

⁽⁸⁾ quali ad esempio attività di antiriciclaggio, antifrode e vigilanza assicurativa anche sui sinistri, normative ed enti relativi all'assicurazione agevolata agricola, etc. (inclusi gli adempimenti IDD previsti dalla Direttiva Europea 2016/97/UE) etc.;

⁽⁹⁾ di cui all'art. 130, I e II comma, del Codice Privacy, tramite attività svolte oltre che con interviste personali, questionari, posta ordinaria, telefono - anche cellulare - tramite operatore o anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, o con strumenti, quali ad esempio, posta elettronica, fax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo, sistemi di messaggistica istantanea e applicazioni web, ed anche attraverso i soli dati di contatto forniti dall'interessato o eventualmente reperiti dai profili pubblici nei social network;

⁽¹⁰⁾ cfr Capitolo "Diritti dell'Interessato";

⁽¹¹⁾ vedi nota 9;

- 4. se acconsentite, per finalità di profilazione effettuata dal Titolare, sia con l'intervento umano sia in modalità totalmente automatizzata, nonché per definire il profilo dell'interessato per formulare proposte adeguate rispetto alle sue necessità e caratteristiche, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto** ⁽¹²⁾. La profilazione avverrà con i dati forniti dall'interessato e/o mediante dati reperiti attraverso il profilo social. In questo caso, quindi, il trattamento per finalità di *marketing* del Titolare potrà essere effettuato anche utilizzando i dati dell'attività di profilazione, al fine di poter inviare comunicazioni di *marketing* personalizzate del Titolare.
- 5. se acconsentite, per finalità di invio, effettuato dal Titolare, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto** ⁽¹³⁾, **di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche** ⁽¹⁴⁾ **per finalità di *marketing***;
Per lo svolgimento delle attività preliminari, strumentali e conseguenti ai trattamenti effettuati per tutte le suddette finalità, ci si potrà avvalere di soggetti di norma designati Responsabili e di altre società del Gruppo Cattolica;
- 6. se acconsentite, per finalità di comunicazione dei dati a soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche** ⁽¹⁵⁾, **che li tratteranno per proprie finalità di *marketing*, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto** ⁽¹⁶⁾, ai fini, ad esempio, di invio di materiale pubblicitario; vendita diretta; compimento di ricerche di mercato; comunicazione commerciale; promozione commerciale.

MODALITA' DI TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati è eseguito con e/o senza l'ausilio di strumenti elettronici, ad opera di soggetti designati Responsabili ovvero impegnati alla riservatezza. I dati possono essere quindi conosciuti da parte delle altre società del Gruppo Cattolica che, facendo parte dello stesso Gruppo Imprenditoriale, hanno un interesse legittimo a trasmettere dati personali all'interno del Gruppo, e da parte di altri soggetti che svolgono attività preliminari, strumentali e conseguenti, quali a mero titolo di esempio, la postalizzazione. I dati sono conservati in archivi cartacei ed elettronici con assicurazione di adeguate misure di sicurezza.

COMUNICAZIONE, DIFFUSIONE E TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati possono essere comunicati per la gestione dei rapporti instaurati/instaurandi e per l'effettuazione di adempimenti, ad altri soggetti del settore assicurativo, quali ad esempio coassicuratori, riassicuratori, consulenti di settore, broker, intermediari, istituti di credito impegnati nel corretto e regolare perseguimento delle finalità descritte; periti, carrozzieri, medici fiduciari, consulenti tecnici e cliniche mediche, consulenti valutatori e legali; associazioni (es. ANIA) e consorzi del settore assicurativo, IVASS, COVIP e CONSAP, Agenzia delle Entrate e Autorità di Vigilanza e di Controllo, INPS e INAIL; altresì ad altri soggetti, quali ad esempio, quelli che svolgono attività di tutela legale, di revisione, di ricerche di mercato e di informazione commerciale, etc.. Ai soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, i dati possono essere comunicati per il perseguimento delle finalità di cui al punto 6, solo a seguito del conferimento degli appositi consensi facoltativi. I dati personali non sono soggetti a diffusione. I dati raccolti, nell'eventualità e sempre per le finalità assicurative/liquidative predette, possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche *extra* UE, a soggetti che collaborano con il Titolare e con le altre società del Gruppo Cattolica.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato potrà far valere i propri diritti, rivolgendosi al Titolare del trattamento e per esso al Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) del Gruppo Cattolica con sede in (37126) Verona, Lungadige Cangrande, 16, email dpo@cattolicaassicurazioni.it, come espressi dagli artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21 Reg. Ue (quali, ad esempio, quello di avere la conferma che sia in corso o meno un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni: finalità del trattamento, categorie di dati, destinatari degli stessi, quando possibile il periodo di conservazione o i criteri per determinarlo). Inoltre ottenere la rettifica, la cancellazione (oblio), la limitazione al trattamento o l'opporvi, in qualsiasi momento, al trattamento nonché le informazioni sull'origine dei dati se non raccolti presso l'interessato e dell'esistenza di un processo decisionale automatizzato o di attività di profilazione.

L'interessato inoltre ha il diritto alla portabilità dei dati, ai sensi dell'art. 20 del Reg.Ue, nonché di proporre un reclamo all'autorità di controllo. Quanto sopra vale anche per l'eventuale esercizio dei diritti nei confronti delle altre società del Gruppo Cattolica.

⁽¹²⁾ vedi nota 9;

⁽¹³⁾ vedi nota 9;

⁽¹⁴⁾ editoria, automotive, servizi finanziari, bancari ed assicurativi, grande distribuzione, socio-sanitario, information technology, telecomunicazioni, trasporti, energia;

⁽¹⁵⁾ vedi nota 14;

⁽¹⁶⁾ vedi nota 9;

TEMPI DI CONSERVAZIONE

I dati oggetto di trattamento sono conservati solo per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle attività/finalità sopra descritte nonché per adempiere ad obblighi contrattuali e normativi, legislativi e/o regolamentari fatti salvi i termini prescrizionali e di legge nel rispetto dei diritti ed in ottemperanza degli obblighi conseguenti e dell'eventuale opposizione al trattamento esercitabile per le finalità di marketing e promozionali in qualsiasi momento. Pertanto, di norma, il termine di conservazione è di 10 anni dalla data dell'ultima registrazione o, se posteriore, dalla data di cessazione del contratto o di liquidazione definitiva del sinistro, superati i quali verranno cancellati o, se mantenuti per fini statistici, resi anonimi in modo irreversibile.

NATURA DEL CONFERIMENTO

Il conferimento è obbligatorio per i dati relativi alle finalità di cui al punto 1, necessari agli adempimenti contrattuali e normativi, e di cui ai punti 2 e 3; per gli altri dati il conferimento è facoltativo, ma in difetto il Titolare non potrà dar corso alle operazioni di trattamento descritte. Si precisa che:

- sono del tutto facoltativi i trattamenti per finalità di cui ai punti 4 ⁽¹⁷⁾, 5 e 6: il mancato conferimento non precluderà la conclusione del contratto assicurativo e dei servizi richiesti;
- per tali trattamenti facoltativi e quelli di cui ai punti 2 e 3, è possibile esercitare, anche in parte, in ogni momento e senza formalità, il diritto di opposizione, con le modalità esplicitate al Capitolo "Diritti dell'interessato", cui si rinvia;
- il mancato conferimento dei dati con riferimento a detti trattamenti facoltativi o il mancato consenso agli stessi ⁽¹⁸⁾, comportano solo l'impossibilità per il Titolare e per le altre società del Gruppo Cattolica, e per i soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, di svolgere le relative attività, ma non determinano alcuna conseguenza rispetto alle attività e trattamenti di natura assicurativa/liquidativa e ai rapporti giuridici in corso o in fase di costituzione;
- i consensi per i detti trattamenti facoltativi non vengono meno fino a formale revoca da parte dell'interessato.

Il Titolare r.l.p.t.

Aggiornata all'aprile 2018

⁽¹⁷⁾ così anche da poter inviare e predisporre comunicazioni di marketing personalizzate proprie del Titolare;

⁽¹⁸⁾ tanto degli interessati che, nelle sole ipotesi previste dal Titolo 10 del Codice Privacy e altre norme applicabili, degli altri soggetti diversi da persone fisiche cui si riferiscono i dati.

AREA CLIENTI

Pochi click per essere sempre aggiornato,
quando e dove vuoi.

Attiva subito il tuo account su **www.veraassicurazioni.it**

ed accedi alla tua **area personale** dove potrai trovare:



Le coperture assicurative in essere



Lo stato dei pagamenti e relative scadenze



Le condizioni contrattuali e i documenti di polizza



...e molto altro ancora

Vera Assicurazioni S.p.A.

Sede legale in Italia Via Carlo Ederte 45 37126 Verona Pec: veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it Capitale Sociale Euro 63.500.000,00 (i.v.) Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona 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 Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019

Il prodotto viene distribuito dal Banco BPM S.p.A.