

Contratto di assicurazione Collettivo della Degenza ospedaliera

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO, CONTENENTE:

- Nota informativa, comprensiva di Glossario;
- Condizioni di assicurazione;

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

La Polizza Convenzione Collettiva Diaria da Ricovero n° stipulata con Avipop Assicurazioni S.p.A., è depositata sia presso, sia presso la Direzione di Avipop 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:

- a) per la definizione della tariffa da applicarsi al Piano Assicurativo "Assicurato Principale + Coniuge" o "Nucleo Familiare", si farà riferimento all'età dell'Assicurato Principale;
- b) 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 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 C.C..

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 C.C. .

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 alcoolismo, 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 del giorno di decorrenza della presente Polizza;
- b) per le malattie: dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della Polizza;
- c) per il parto: dalle ore 24 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 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 C.C.;
- 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 C.C., 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 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 069146 oppure dall'Estero e dall'Italia +39-02/58245402** sul quale il personale della Struttura Organizzativa opererà qualificandosi **"Avipop assistenza sanitaria"**.

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

In caso di sinistro, l'Assicurato deve prendere immediatamente contatto con la Struttura Organizzativa. L'inadempienza 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 Europ 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 Organizzativa. 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 seguenti strutture sanitarie convenzionate:

- CENTRI POLIDIAGNOSTICI E LABORATORI ANALISI;
- CASE DI CURA/CENTRI DAY HOSPITAL;

oppure consultare il sito:

- <http://www.europassistance.it/documenti/ElencoStruttureConvenzionate.pdf>;
- <http://www.europassistance.it/documenti/ElencoCentriDiagnosticiConvenzionati.pdf>.

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 069146

Numero dall'estero +39 – 02 / 58245402

Numero di fax +39 – 02 / 58477201

Si dovranno comunicare le seguenti informazioni:

- Tipo di intervento richiesto
- Nome e cognome
- + NUMERO CONTO CORRENTE
- Indirizzo del luogo in cui si trova
- Recapito telefonico

Qualora fosse nell'impossibilità di contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa, potrà inviare:
un fax al numero 02/58.47.72.01

oppure

un telegramma a EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. – Piazza Trento, 8 – 20135 MILANO

Europ 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 Europ Assistance, fornisce liberamente il proprio consenso al trattamento dei Suoi dati personali comuni e sensibili così come indicato nell'Informativa al Trattamento dei dati.

Data ultimo aggiornamento: 31/05/2013

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D.L. 30.06.2003 N. 196

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo del 30.06.2003 n. 196 (di seguito denominata Legge), ed in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/Vi informiamo di quanto segue:

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- a) è diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) **può anche essere diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi della Società stessa.**

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a), della Legge: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela;
- b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e da soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili e/o incaricati del trattamento, nonché da società di servizi, in qualità di responsabili e/o incaricati del trattamento.

3. CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile);
- b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- c) 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 da parte dell'interessato di conferire i dati personali:

- a) nei casi in cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b) nel caso in cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

- a) i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione);
- b) inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b), a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), nonché ad agenti o mediatori di assicurazione.

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Gli artt. 7 e 10 della Legge conferiscono all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e della finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

9. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

L'Amministratore Delegato, pro tempore, è titolare del trattamento dei dati personali per l'Area Industriale assicurativa.

Avipop Assicurazioni S.p.A.

Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano

www.avivaitalia.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

Il prodotto viene distribuito dal Banco Popolare Società Cooperativa e dal Credito Bergamasco S.p.A.

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.

A. INFORMAZIONI SULLA SOCIETÀ DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni Generali

Avipop Assicurazione 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.avivaitalia.it

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: **assunzionedanni_bancassurance@avivaitalia.it**
- per informazioni relative a liquidazioni sinistri: **sinistri_bancassurance@avivaitalia.it**.

Avipop Assicurazioni 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 n. 038.00002.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

Dall'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Avipop Assicurazione S.p.A. è pari a Euro 69.395.133,00 di cui Euro 63.500.000,00 di Capitale Sociale (i.v.) e Euro 5.895.133,00 di Riserve Patrimoniali. L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione riferito alla gestione danni è pari a 132,55%. 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.

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 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 la Struttura Organizzativa esterna "Europ Assistance Service (Italia) S.p.A. – Piazza Trento, 8 – 20135 Milano, 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 usufruire del servizio l'Assistenza ha a disposizione i seguenti recapiti telefonici:

- Numero verde dall'Italia 800 069 146
- Numero dall'estero +39 – 02/58245402
- Numero di fax +39 – 02/58477201

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 C.C.. 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 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 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 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 utilizzando l'apposito "Modulo di Denuncia Sinistro" reperibile presso la Contraente, compilandolo secondo le modalità ivi riportate e allegando la documentazione richiesta.

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 la Struttura Organizzativa esterna "Europ Assistance Service (Italia) S.p.A. – Piazza Trento, 8 – 20135 Milano, 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; oppure consultare il sito:

– <http://www.europassistance.it/documenti/ElencoStruttureConvenzionate.pdf>;

– <http://www.europassistance.it/documenti/ElencoCentriDiagnosticiConvenzionati.pdf>.

14 Reclami

Gli eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto ad Avipop Assicurazioni S.p.A. - SERVIZIO RECLAMI – con Sede in Milano – Via A. Scarsellini 14 – numero di fax 02/2775245 – indirizzo e-mail 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 all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 00187 ROMA .

Nel caso, invece, la legislazione scelta dalle Parti sia diversa da quella italiana è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET (il sistema è individuabile accedendo al sito http://ec.europa.eu/internal_market/financeservices-re-tail/finnet/index_en.htm).

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 conciliativi ove esistenti.

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.**

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

**Il Rappresentante legale
ALBERTO VACCA**



GLOSSARIO

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

ASSICURATO

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

ASSICURATO PRINCIPALE

Il soggetto 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

La Banca facente parte del Gruppo Banco Popolare Società Cooperativa.

ESTERO

Tutti i territori al di fuori dell'Italia.

EUROP ASSISTANCE

Europ Assistance Italia S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n.19569 del 2 giugno 1993 (Gazzetta Ufficiale del 1° luglio 1993 n. 152), che presta il pacchetto di garanzie di assistenza descritte nel capitolo "Condizioni che regolano la garanzia Assistenza".

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

Avipop Assicurazione S.p.A. Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura di Europ Assistance Service (Italia) S.p.A. - P.zza Trento, 8 - 20135 Milano, 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.

Avipop Assicurazione S.p.A.
Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano
www.avivaitalia.it
Tel. +39 02 2775.1
Fax +39 02 2775.204



Avipop Assicurazione 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 IVASS 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

Il prodotto viene distribuito dal Banco Popolare Società Cooperativa e dal Credito Bergamasco S.p.A.