

Assicurazione Malattia – Spese sanitarie ricovero ed extra ricovero a seguito di Cancro

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Impresa di Assicurazione: Vera Assicurazioni S.p.A. Prodotto: "Vera300"

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

Che tipo di assicurazione è?

È una polizza, riservata ai clienti del Banco BPM S.p.A., che garantisce le spese sanitarie a seguito di Cancro istologicamente diagnosticato durante il periodo di copertura.



Che cosa è assicurato?

La polizza prevede la copertura assicurativa delle seguenti spese, rese necessarie a seguito di Cancro istologicamente diagnosticato durante il periodo di validità della polizza:

Pacchetto Base (sempre operante)

- ✓ Diagnostica da indagine;
- ✓ Spese di ricovero ed extra ricovero;
- ✓ Chirurgia ricostruttiva a seguito di "Cancro";
- ✓ Spese di monitoraggio;

Pacchetto Care (sempre operante)

- ✓ Indennità giornaliera per Unità di Terapia Intensiva;
- ✓ Indennità giornaliera per Ricovero oltre i 30 giorni;
- ✓ Prestazioni di agopuntura o Omeopatia;
- ✓ Trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- ✓ Consulenza nutrizionale;
- ✓ Consulenza psicologica.

Rimborso forfettario spese funerarie (operante esclusivamente per Assicurati di età superiore ai 18 anni compiuti) pari a Euro 10.000,00 per ogni Assicurato.

Il Pacchetto Base prevede un massimale unico di Euro 300.000,00 per singolo Assicurato indipendentemente dal numero di diagnosi di "Cancro" ricevute durante tutta la durata contrattuale. Il massimale è unico e non viene reintegrato alla ricorrenza annuale della polizza.

Il Pacchetto Care prevede limiti di indennizzo diversi a seconda della garanzia, operanti per persona assicurata e per anno.



Che cosa non è assicurato?

La persona affetta da:

- ✗ alcolismo;
- ✗ tossicodipendenza;
- ✗ sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- ✗ sieropositività da HIV.

La persona:

- ✗ non appartenente al nucleo familiare del Contraente;
- ✗ non residente nel territorio della Repubblica Italiana;
- ✗ di età inferiore a un anno e superiore a 65 anni, al momento della sottoscrizione del contratto;
- ✗ di età inferiore a 18 anni per la garanzia "Rimborso forfettario spese funerarie";
- ✗ di età alla scadenza superiore a 80 anni compiuti.



Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dall'Assicurazione:

- ! i tumori diagnosticati come benigni (da analisi istologica), lesioni precancerose, displasie;
- ! i tumori in presenza di qualsiasi virus di immunodeficienza (HIV);
- ! le lesioni anomale della cervice uterina classificate come neoplasie cervicali intra-epiteliali CIN I, CIN II;
- ! tutti i tumori della pelle non classificati come melanoma maligno.
- ! tutti gli stati patologici/malattie diversi da quanto indicato alla definizione "Cancro";
- ! le spese sostenute e rese necessarie da infortunio occorsi prima o dopo la data di sottoscrizione della polizza nonché le loro complicità e conseguenze dirette e indirette, nonché i relativi postumi;
- ! le prestazioni successive alla data di scadenza o di anticipata cessazione della polizza, anche se il "Cancro" si è manifestato durante il periodo di validità;
- ! le spese effettuate per prestazioni di routine e/o controllo, check-up inclusi i vaccini;
- ! le prestazioni mediche e chirurgiche, gli accertamenti diagnostici eseguiti a scopo preventivo o per familiarità;
- ! tutti i test genetici a scopo predittivo (fatta eccezione se finalizzati alla definizione del miglior trattamento farmacologico per la cura del Cancro istologicamente diagnostica nel periodo di copertura;
- ! le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi "Cancro", le spese sostenute presso le strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari dei Medici non iscritti al relativo Albo professionale;

! le prestazioni e terapie riconducibili alla medicina complementare o alternativa;

L'assicurazione prevede un periodo di carenza, pari a 180 giorni da quando ha avuto effetto l'assicurazione. Qualunque accertamento diagnostico o indagine effettuato durante il periodo di carenza che abbia portato ad una diagnosi di Cancro per uno degli Assicurati, anche se in periodo successivo alla scadenza di tale

periodo, renderà il contratto assicurativo inoperante per l'Assicurato stesso.



Dove vale la copertura?

✓ L'assicurazione è valida per prestazioni effettuate in Europa con medicinali approvati da EMA.



Che obblighi ho?

- All'inizio del contratto:

Per tutte le garanzie assicurative prescelte deve essere compilato e sottoscritto un Questionario medico da parte di ogni Assicurato, con la descrizione del proprio stato di salute. Tale Questionario fa parte integrante della polizza.

L'Assicurato ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute, e di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

- Nel corso della durata del contratto:

L'Assicurato deve comunicare i cambiamenti che comportino un aggravamento o una diminuzione del rischio assicurato.

- In caso di sinistro l'Assicurato:

Forma Diretta:

- L'Assicurato dovrà richiedere autorizzazione alla Centrale Operativa con un preavviso di 5 giorni lavorativi, inviando la documentazione sanitaria a mezzo fax o all'indirizzo mail che verranno comunicati dalla Centrale Operativa stessa;

Forma Indiretta:

- L'Assicurato deve darne avviso scritto alla Struttura Operativa quando ne ha avuto conoscenza e, comunque non oltre il 30esimo giorno dal momento in cui ne ha avuto possibilità;
- L'Assicurato deve fornire la documentazione medica richiesta entro e non oltre 4 mesi dalla data di scadenza della polizza, con evidenza della propria anamnesi patologica remota e prossima e della data di insorgenza e di inizio indagini che hanno portato alla diagnosi di "Cancro";
- L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da incaricati dell'Impresa di Assicurazione, producendo ogni documentazione sanitaria richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visita e gli enti presso cui è stato in cura.



Quando e come devo pagare?

Il pagamento del premio avviene con periodicità annuale. Il pagamento del premio deve essere effettuato con procedura di addebito in conto corrente intestato al Contraente presso la Banca, a favore della Società.

Il frazionamento del premio annuo può essere in rate mensili su richiesta del Contraente, senza oneri aggiuntivi.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura 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 di pagamento.

In mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno. In occasione di ogni scadenza annuale, il premio di rinnovo potrà essere modificato dall'Impresa di Assicurazione, ferme le Condizioni di Assicurazione, fatta salva la facoltà di disdetta.

Qualora il massimale unico previsto per il Pacchetto Base si esaurisse per uno degli Assicurati nel corso della durata contrattuale, la copertura per questo Assicurato cesserà automaticamente alla prima scadenza annuale.



Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può disdire la polizza mediante comunicazione, a mezzo lettera raccomandata, almeno 15 giorni prima della scadenza del contratto; è data altresì facoltà al Contraente di procedere alla disdetta del contratto recandosi presso la Banca fino a 5 giorni prima della scadenza annuale.

Vera300

Contratto di Assicurazione per la copertura delle spese sanitarie ricovero ed extra-ricovero a seguito di Cancro

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- **Nota Informativa, comprensiva di Glossario**
- **Condizioni di Assicurazione**

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE
PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO

AV300

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE
LA NOTA INFORMATIVA**

Vera Assicurazioni S.p.A.
Gruppo Cattolica Assicurazioni

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.

INFORMAZIONI SULLA SOCIETÀ DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni Generali

Vera Assicurazioni S.p.A. è una Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni - Sede legale in Italia - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona - recapito telefonico 045.8392777 - sito internet www.veraassicurazioni.it.

Indirizzi di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: info@veraassicurazioni.it
- per informazioni relative a liquidazioni: sinistri@veraassicurazioni.it.

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

Dall'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Vera Assicurazioni S.p.A. è pari a Euro 98.421.227 di cui Euro 63.500.000,00 di Capitale Sociale (i.v.) e Euro 3.036.711,00 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 372%.

L'**indice** di solvibilità calcolato sul requisito minimo patrimoniale richiesto è pari al 1312%.

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

INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

AVVERTENZA: Il contratto offerto è stipulato con tacito rinnovo; in mancanza di disdetta formalizzata dall'Assicurato alla Società, rispettando i termini sotto riportati, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata dalle Parti a mezzo lettera raccomandata, almeno 15 giorni prima della scadenza del contratto; è data altresì facoltà al Contraente di procedere alla disdetta del contratto recandosi presso la Banca fino a 5 giorni prima della scadenza annuale.

Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti: Art.10 – Durata e Proroga dell'Assicurazione delle Condizioni di Assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Nel corso della durata contrattuale, la Società garantisce a tutti gli Assicurati indicati in Polizza le seguenti coperture assicurative:

- Pacchetto Base
- Pacchetto Care
- Rimborso forfettario spese funerarie (**garanzia operante esclusivamente per gli Assicurati di età uguale o superiore a 18 anni**)

1.– 4. PACCHETTO BASE

Il Pacchetto base prevede le seguenti prestazioni:

1. Diagnostica da indagine.

Vengono riconosciuti, entro il limite massimo indicato in polizza, gli accertamenti diagnostici (inclusi quelli di Alta Diagnostica e le analisi di laboratorio), le visite specialistiche che abbiano istologicamente accertato l'insorgenza di un "Cancro"

2. Spese di Ricovero ed extra-ricovero.

Vengono riconosciute, entro il limite massimo indicato in polizza, le seguenti spese rese necessarie da "Cancro" per:

- A. Ricovero con/senza intervento, day hospital con/senza intervento, intervento chirurgico ambulatoriale;
- B. Indennità sostitutiva (in alternativa al punto A, qualora le prestazioni siano a carico del SSN);
- C. Accompagnatore;
- D. Trasporto Sanitario;
- E. Accertamenti diagnostici (inclusi quelli di Alta Diagnostica e le analisi di laboratorio, visite specialistiche e terapie oncologiche per "Cancro"

3. Chirurgia ricostruttiva a seguito di "Cancro".

4. Spese di monitoraggio.

5. PACCHETTO CARE

Il Pacchetto Care prevede le seguenti prestazioni:

- A. indennità giornaliera per Unità di Terapia Intensiva;
- B. indennità giornaliera per Ricovero oltre i 30 giorni;
- C. prestazioni di Agopuntura e Omeopatia;
- D. trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- E. consulenza nutrizionale;
- F. consulenza psicologia.

6. RIMBORSO FORFETTARIO SPESE FUNERARIE

In caso di morte dell'Assicurato, al quale era stato diagnosticato un "Cancro" e che abbia già denunciato alla Società un sinistro indennizzabile a termini di polizza, la Società riconoscerà agli eredi legittimi o testamentari un rimborso spese forfettario pari all'ammontare indicato in polizza, indipendentemente dalla causa del decesso.

La presente garanzia è operante esclusivamente per gli Assicurati di età uguale o superiore a 18 anni compiuti e pertanto il premio pagato per il minore assicurato non ricomprende alcun addebito per tale garanzia.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art.20 – Oggetto dell'assicurazione delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: il contratto prevede periodi di carenza, ovvero periodi di tempo immediatamente successivi alla data di stipulazione dell'assicurazione durante i quali le prestazioni/garanzie non sono efficaci. Per aspetti di maggior dettaglio, si rinvia all' Art.12 – Carenza delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Il contratto prevede limiti di età per l'entrata in copertura delle persone ed un limite massimo di età assicurabile, a seconda delle garanzie. Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'Art.5 Limite di età delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Il contratto prevede criteri di assicurabilità che, qualora non rispettati, possono portare alla cessazione della copertura assicurativa e, pertanto, alla non risarcibilità di un eventuale sinistro. Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'Art.4 - Persone Assicurabili delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza di scoperti, massimali ed esclusioni che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

Per gli aspetti di maggior dettaglio in riferimento a scoperti e massimali, si rinvia ai seguenti: Art.20 – Oggetto dell'Assicurazione, Art. 22 – Prospetto riepilogativo garanzie, massimali, scoperti, delle Condizioni di Assicurazione.

Per gli aspetti di maggior dettaglio in riferimento alle esclusioni, si rinvia all'Art.21 - Esclusioni Contrattuali a valere per tutte le garanzie / prestazioni delle Condizioni di Assicurazione.

ESEMPIO DI LIQUIDAZIONE DI SINISTRO

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

PACCHETTO BASE

PRESTAZIONE	Forma di Rimborso	Ammontare sinistro /giorni	IMPORTO INDENNIZZABILE (*)
1.Diagnostica da indagine	Diretta	NON ATTIVABILE	NON ATTIVABILE
1.Diagnostica da indagine	Indiretta	€ 1.000,00	€ 900,00
2.B Indennità sostitutiva (ricovero in SSN)		30 giorni	€ 300,00 * 30 = € 9.000,00
2.E Accertamenti diagnostici	Ticket	€ 50,00	€ 50,00

(*) sempre nel rispetto del Massimale Unico di €300.000,00 per assicurato, a valere indipendentemente dal numero di diagnosi di "Cancro" durante tutta la durata contrattuale. Il Massimale è Unico e non viene reintegrato alla ricorrenza annuale della polizza.

5. PACCHETTO CARE

PRESTAZIONE	Forma di rimborso	Ammontare sinistro / gg	IMPORTO INDENNIZZABILE
A.Indennità giornaliera per Unità di Terapia Intensiva	Non rilevante	30	€ 200,00 * 15 = € 3.000,00 (Limite indennizzo 15 giorni)
D.Trattamenti fisioterapici e riabilitativi	Non rilevante	10 visite da € 150,00 cad.	€ 100,00 * 10 = € 1.000,00 (Limite di €100,00 per ciascuna visita)
F.Consulenza psicologica	Non rilevante	15 visite da € 80,00 cad.	€ 80,00 * 10 = € 800,00 (Limite di 10 visite per anno)

4. Periodi di carenza contrattuali

AVVERTENZA: il contratto prevede periodi di carenza, ovvero periodi di tempo immediatamente successivi alla data di stipulazione dell'assicurazione durante i quali le prestazioni/garanzie non sono efficaci. Per aspetti di maggior dettaglio, si rinvia all' Art.12 – Carenza delle Condizioni di Assicurazione.

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

AVVERTENZA: Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio in sede di conclusione del contratto da parte del Contraente o dell'Assicurato potrebbero comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti: Art.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, Art. 4 – Persone assicurabili, Art. 21 – Esclusioni contrattuali a valere per tutte le garanzie / prestazioni delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Per le coperture assicurative di cui al presente contratto, deve essere compilato e sottoscritto il questionario sanitario da parte di ogni Assicurato in maniera completa, precisa e veritiera.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio

Il Contraente 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 gli aspetti di dettaglio si rinvia ai seguenti: Art. 3 – Aggravamento del rischio delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.**

Esempio:

Al momento della stipula della Polizza, il Contraente non faceva o non aveva fatto uso di tabacco nei due anni precedenti la sottoscrizione ed in corso di copertura inizia a fare uso di tabacco.

7. Premi

La polizza Vera300 ha durata annuale. In ogni caso non sono di norma ammesse polizze di durata inferiore all'anno.

Il pagamento del premio avviene con periodicità annuale.

Il pagamento del premio deve essere effettuato con procedura di addebito in conto corrente intestato al Contraente presso la Banca, a favore della Società.

E' ammesso il frazionamento del premio in rate mensili, su richiesta del Contraente, senza oneri aggiuntivi.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia ai seguenti: Art.8 – Decorrenza dell'assicurazione, Art. 9 – Pagamento e frazionamento del premio, Art. 11 – Modifica dei premi al rinnovo annuale, delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: La Società o l'intermediario potranno applicare sconti di premio (più di 2 persone) in base al numero di persone assicurate.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed il premio, non sono soggetti ad adeguamento in proporzione delle variazioni percentuali del "numero indice nazionale dei servizi sanitari e spese per la salute" elaborato dall'istituto centrale di statistica (ISTAT).

Tuttavia, in occasione di ogni scadenza annuale, il premio di rinnovo potrà essere modificato dalla Società. La Società deve inviare al Contraente, almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto,

una comunicazione scritta con indicate le modalità di rinnovo ed il premio annuo per la nuova annualità assicurativa.

Per maggiori dettagli si rinvia all'Art.11 – Modifica dei premi al rinnovo annuale delle Condizioni di Assicurazione.

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 sono soggetti ad imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente

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, ovvero l'insorgenza di "Cancro" istologicamente diagnosticato.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Struttura Operativa quando ne ha avuto conoscenza, e comunque, non oltre il trentesimo giorno dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso delle strutture sanitarie e di medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) ed è stato in questo preventivamente autorizzato dalla Struttura Operativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro.

Successivamente l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta a chiusura del sinistro entro e non oltre 4 mesi (120 giorni) dalla data di scadenza della polizza.

L'inadempimento di tale obbligo potrebbe comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

L'Assicurato, nei casi di Forma di Rimborso Indiretta, per la denuncia del sinistro, potrà avvalersi dell'area riservata messa a disposizione della Struttura Operativa sul sito www.blueassistance.it, dove avrà la possibilità di caricare autonomamente copia della documentazione medica e di spesa a Sua disposizione.

L'Assicurato deve fornire la documentazione medica quali, esiti di esami strumentali e referti di visite specialistiche, con evidenza della propria anamnesi patologica remota e prossima e della data di insorgenza e di inizio indagini che hanno portato alla diagnosi di "**Cancro**" istologicamente accertato e ogni ulteriore documentazione sanitaria utile per valutare l'operatività della copertura assicurativa. Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'italiano, dall'inglese, dal francese, dallo spagnolo e dal tedesco deve essere corredata di traduzione in italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione restano a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

Sebbene l'Assicurato possa inviare la documentazione medica e fiscale del sinistro in fotocopia, la Società si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture che della documentazione medica.

Ai fini della valutazione del rimborso di tutte le prestazioni coperte dalla presente polizza, erogate sia in Forma Diretta che Indiretta, la Società si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica, esiti di esami strumentali o ogni altra documentazione utile alla corretta valutazione del sinistro.

Per maggiori dettagli si rinvia all'Art.26 – Obblighi dell'assicurazione in caso di sinistro, delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: per la gestione e liquidazione dei sinistri la Società si avvale di una Struttura Operativa esterna, Blue Assistance S.p.A.

Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 23 – Centrale Operativa delle Condizioni di Assicurazione

13. Assistenza diretta – Convenzioni

AVVERTENZA: Il presente contratto prevede anche la Forma di rimborso Diretta, ovvero, qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di strutture sanitarie convenzionate e di medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato), attivandosi preventivamente con la Struttura Operativa, la Società paga direttamente alla struttura sanitaria convenzionata le spese rimborsabili a termini di contratto.

Per le prestazioni in Forma Diretta, è necessario verificare in anticipo la possibilità di eseguirle in forma diretta contattando telefonicamente la Struttura Operativa.

Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 28 Forme di rimborso – diretta e indiretta e all'Art. 29 Forma diretta – Modalità operative e criteri di liquidazione delle Condizioni di Assicurazione. L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è pubblicato sul sito www.veraassicurazioni.it alla Sezione Prodotti – Persona, all'interno dell'apposito spazio dedicato al presente Prodotto.

L'elenco delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) è comunque disponibile nell'Area riservata del sito www.blueassistance.it, dove viene aggiornato in tempo reale.

14. Reclami

Gli eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società - Servizio Reclami - Via Carlo Ederle 45 - 37126 Verona - Fax 045.8372903 - mail: reclami@veraassicurazioni.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.

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 avviare 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 c.d. mediazione obbligatoria (ovvero esclusi i contratti assicurativi in generale)

15. Controversie / Arbitrato

In caso di controversie di natura medica, sulla natura 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. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

Si rinvia ai seguenti: Art. 15 – Controversie / Arbitrato delle Condizioni di Assicurazione.

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 previsti a livello normativo o convenzionale.

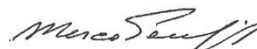
16. Conflitto di interessi

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 contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale

MARCO PASSAFIUME



GLOSSARIO

Agopuntura

E' una metodica terapeutica che consiste nell'applicazione e nella stimolazione con aghi, realizzati con specifica manifattura, in particolari zone della pelle, chiamati agopunti. Gli agopunti sono distribuiti su tutta la superficie corporea e tutto il corpo può dunque essere sede di agopuntura.

- **Moxibustione:** la moxibustione è una tecnica terapeutica, spesso associata all'agopuntura, che utilizza coni o sigari di artemisia per riscaldare, con metodiche differenti, a seconda del quadro clinico, punti di agopuntura o zone cutanee.

Anamnesi patologia remota (APR)

Descrizione cronologica di tutti gli eventi morbosi intercorsi durante la vita del paziente datati (mese ed anno): malattie importanti, ricoveri, interventi chirurgici, traumi sofferti in passato incluse le terapie farmacologiche su base continuativa e l'anamnesi famigliare di genitori, fratelli e sorelle.

Anamnesi patologia prossima (APP)

Raccolta dei sintomi che hanno portato il paziente a consultare il medico datati (mese ed anno) indicante: la modalità di insorgenza dei disturbi, sul momento esatto della loro comparsa, sulla localizzazione, intensità, forma, carattere e irradiazione del dolore (se presente).

Assicurato

Il soggetto, indicato in polizza, residente nel territorio della Repubblica Italiana, appartenente al nucleo famigliare del Contraente, il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto mediante il quale la Società, a fronte del pagamento di un premio, si obbliga ad indennizzare o rimborsare all'Assicurato il danno ad esso prodotto dal verificarsi di un sinistro, entro i limiti convenuti.

Banca

Filiale del Banco BPM S.p.A., presso la quale il Contraente è titolare di conto corrente e ove viene stipulata la presente polizza.

Cancro

Qualsiasi neoplasia maligna o tumore diagnosticato e confermato da esame istologico, caratterizzata da crescita incontrollata di cellule maligne ed invasione di tessuti.

Il termine "**Cancro**" comprende la leucemia, sarcoma, linfoma (tranne linfomi cutanei) e tutti gli stadi evolutivi di tumore maligno tra cui il carcinoma maligno non invasivo "in situ"

Sono specificatamente esclusi:

- i tumori diagnosticati come benigni (da analisi istologica), lesioni precancerose, displasie;
- i tumori in presenza di qualsiasi virus di immunodeficienza (HIV);
- le lesioni anomale della cervice uterina classificate come: neoplasie cervicali intra-epiteliali CIN I, CIN II;
- tutti i tumori della pelle non classificati come melanoma maligno.

Carenza

Periodo di tempo immediatamente successivo alla data di stipulazione dell'assicurazione durante il quale le prestazioni/garanzie non sono efficaci.

Cartella Clinica:

Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di

ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera S.D.O.).

Centro medico

Struttura, anche non adibita al ricovero, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche; **non sono considerati Centri medici strutture finalizzate a trattamenti di natura estetica.**

Chirurgia ricostruttiva

Interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari a seguito di interventi demolitivi per **"Cancro"**.

Consulenza nutrizionistica

Consulenza specialistica resa da medico dietologo o operatore diplomato/laureato in scienza dell'alimentazione o nutrizionista.

Consulenza psicologica

Consulenza orientata alla comprensione e alla definizione del problema psicologico dell'individuo a seguito di diagnosi di **"Cancro"**. La consulenza si focalizza sul supporto, sulla soluzione delle problematiche dell'individuo correlate alla gestione della malattia **"Cancro"**.

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione, titolare di conto corrente presso il Banco BPM S.p.A..

Contratto di assicurazione

Contratto mediante il quale la Società, dietro pagamento di un premio, si impegna a tenere indenne l'Assicurato, entro i limiti convenuti, dei danni prodotti da un sinistro.

Day Hospital

Permanenza in struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche che richiedono la compilazione della cartella clinica; **non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.**

Difetto fisico

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

Documentazione sanitaria e di spesa:

La fotocopia della cartella clinica completa (in caso di Ricovero e Day Hospital), la relazione medica dell'Intervento Chirurgico (in caso di Intervento Ambulatoriale), le prescrizioni ed i referti medici o ogni altra documentazione medica richiesta dalla Società, nonché la documentazione di spesa (originali o fotocopie delle fatture e delle notule, valide ai fini fiscali e quietanzate), integrata dalla descrizione dettagliata delle prestazioni sanitarie effettuate.

Forma Diretta

Modalità di liquidazione della prestazione da parte della Società ai Centri Convenzionati appartenenti al Network preventivamente autorizzate dalla Struttura Operativa, entro i limiti di quanto dovuto a termini di polizza.

Forma Indiretta

Modalità di liquidazione della Prestazione da parte della Società all'Assicurato che ha anticipato le spese, ed entro i limiti indicati in polizza.

Indennità giornaliera

Indennizzo forfettario giornaliero corrisposto all'Assicurato sia in caso di ricovero in regime SSN che privato.

Indennità sostitutiva

Indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto all'Assicurato in caso di ricovero/Day Hospital con o senza intervento chirurgico che non comporti il rimborso di spese sanitarie.

Indennizzo o Indennità

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili e documentabili.

Intervento chirurgico ambulatoriale

L'intervento di piccola chirurgia non in regime di ricovero, effettuato da medico chirurgo abilitato presso Istituto di Cura, Centro Medico o studio medico chirurgico.

Intervento chirurgico

Atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa effettuato da medico chirurgo abilitato presso Istituto di Cura o Centro Medico.

Istituto di Cura

Istituto Universitario, Ospedale, Casa di Cura, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera; **non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri di benessere.**

Malattia

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio e oggettivamente riscontrabile.

Malattia mentale

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

Malformazione

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

Massimale: Garanzie dal punto 1 al punto 4

La spesa massima rimborsabile per persona relativa ad uno o più **“Cancro”**, per tutta la durata contrattuale, e fino all'esaurimento dello stesso.

Massimale: Garanzie punto 5 e punto 6

La spesa massima rimborsabile per persona e per anno assicurativo.

Medicina alternativa o complementare (MAC)

Le pratiche mediche “non convenzionali” definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri.

Medicina Omeopatica o Omeopatia

Metodo diagnostico, clinico e terapeutico che afferma la possibilità di curare un malato attraverso la somministrazione di medicinali omeopatici, strettamente personalizzati sul paziente, che in una persona sana riprodurrebbero i sintomi rilevanti e caratteristici del suo stato patologico.

- **Omotossicologia:** metodo diagnostico, clinico e terapeutico, derivato dalla Medicina Omeopatica, che interpreta la malattia come espressione della lotta fisiologica

dell'organismo che tende ad eliminare le "omotossine" e/o come espressione del tentativo dell'organismo di compensare i danni omotossici subiti. La Omotossicologia utilizza medicinali omeopatici unitari e complessi.

Nucleo familiare

Costituiscono il nucleo familiare esclusivamente:

- il coniuge o il convivente more uxorio;
- i figli del Contraente anche non conviventi, compresi, i figli nati dal precedente matrimonio del coniuge, i minori legalmente affidati o adottati, i figli del convivente more uxorio

Patologia preesistente

Ogni alterazione dello stato di salute diagnosticata o conosciuta o insorta secondo giudizio medico prima dell'effetto della copertura assicurativa del singolo Assicurato.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Presa in carico

Atto effettuato dalla Struttura Operativa di avvio della procedura di pagamento diretto, in nome e per conto dell'Assicurato, delle spese indennizzabili per prestazioni effettuate presso Centri di cura convenzionati.

Prestazioni intramoenia

Prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di Day Hospital o di Ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Questionario Medico

Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato sulla base delle dichiarazioni fornite dall'Assicurato stesso, facente parte integrante della Polizza.

Ricovero

Degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento; **non è considerato ricovero la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.**

Ricovero Improprio

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

Rimborso

Somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.

Scoperto

La parte dell'indennizzo, determinato in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

L'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società

Vera Assicurazioni S.p.A.

Struttura Operativa

Blue Assistance S.p.A., Società di Servizi che gestisce il servizio di assistenza e provvede al pagamento diretto delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati (Network Sanitario Convenzionato), oppure ai rimborsi; provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie e con i medici chirurghi convenzionati.

Strutture Sanitarie e Medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato)

Rete convenzionata con Blue Assistance S.p.A. costituita da Ospedali, Istituti di Cura, Istituti di carattere scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nell'ambito delle convenzioni stesse.

SSN

Servizio Sanitario Nazionale.

Terapie con Procedure della MAC

Comprendono i trattamenti che impiegano varie tecniche sanitarie soprattutto senza l'uso di medicinali, ad esempio, l'agopuntura e le tecniche a questa correlate.

Trattamenti fisioterapici e rieducativi

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da **"Cancro"**.

Ogni ciclo di trattamenti fisioterapici e rieducativi deve essere prescritto da medico specialista e reso necessario da **"Cancro"** istologicamente diagnosticato.

Visita medica di MAC (per il solo "Pacchetto Care", lettera C)

La visita effettuata da medico, regolarmente iscritto all'Albo Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, per diagnosi o trattamenti delle MAC previste dalla presente polizza.

Visita specialistica

La visita effettuata da medico fornito di specializzazione, **escluse le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria**, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. **Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative (ad eccezione di quanto previsto all'Art. 20 punto 5 "Pacchetto Care" lettera C).**

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 2 - Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre polizze per la stessa assicurazione ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

In caso di sinistro il Contraente deve darne avviso scritto a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri e gli estremi della polizza, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio sia coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi Integrativi Sanitari.

Rimane salvo il diritto di regresso della Società.

Art. 3 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti del 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 - Persone assicurabili

Possono essere assicurati il Contraente e gli appartenenti al suo Nucleo Familiare, come da definizione riportata in Glossario, purchè residenti nel territorio della Repubblica Italiana. In caso di cambio residenza l'Assicurato ha l'obbligo di comunicare per iscritto alla Società la variazione.

La Società presta l'assicurazione su dichiarazioni rese dell'Assicurato in fase assuntiva con questionario sanitario.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti, si applica quanto disposto dall'Art.1 – “Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio”.

Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, non è assicurabile la persona affetta, o che sia mai stata affetta, da:

- alcolismo;
- tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- sieropositività da HIV.

Qualora, nel corso della copertura assicurativa, insorga una o più delle affezioni su indicate, la copertura assicurativa cessa con effetto immediato al loro manifestarsi.

Art. 5 - Limiti di età

Possono aderire, secondo i limiti di età di seguito indicati, le persone con:

Età minima all'ingresso	1 anno compiuto 18 anni compiuti (per la sola garanzia “Rimborso forfettario per spese funerarie”)
Età massima all'ingresso	65 anni compiuti
Età massima alla scadenza	80 anni compiuti

La garanzia di cui al punto 6 “Rimborso forfettario spese funerarie”, di cui al successivo Art. 20, è operante esclusivamente per gli Assicurati di età uguale o superiore a 18 anni compiuti e pertanto il premio pagato per il minore assicurato non ricomprende alcun addebito per tale garanzia.

Per le persone assicurate che raggiungano il compimento dell'80esimo anno di età nel corso del contratto, l'Assicurazione cessa automaticamente alla prima scadenza annuale della polizza.

Art. 6 - Assicurazione per conto altrui

Se la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 7 - Somme assicurate e massimali

Le somme assicurate e i massimali sono indicati in polizza e rappresentano per la Società il limite massimo di esposizione a cui essa è tenuta in relazione ad ogni singola persona Assicurata.

Art. 8 – Decorrenza dell'assicurazione

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.

In caso di mancato pagamento di una singola rata, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite. **Qualora la ripresa in vigore avvenga dopo più di 30 giorni di sospensione di polizza, entreranno in funzione i termini di carenza stabiliti dall'Art. 12 – “Carenza”.**

Art. 9 – Pagamento e frazionamento del premio

Il pagamento del premio previsto per la stipula o il rinnovo della presente assicurazione deve essere effettuato con procedura di addebito in conto corrente intestato al Contraente presso la Banca, a favore della Società; ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento del premio, farà fede la documentazione contabile della Banca stessa.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

Il frazionamento del premio annuo può essere pattuito, su richiesta del Contraente, in rate mensili.

Nel caso in cui il Contraente proceda alla chiusura del rapporto di conto corrente presso la Banca durante la validità dell'Assicurazione, lo stesso dovrà provvedere ad informare l'Intermediario dei nuovi riferimenti del conto corrente su cui vorrà attivare la procedura di addebito del premio dovuto per il presente contratto.

Art. 10 – Durata e Proroga dell'Assicurazione

La copertura assicurativa scade alle ore 24:00 del giorno indicato in polizza.

In mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata dalle Parti a mezzo lettera raccomandata, almeno 15 giorni prima della scadenza annuale del contratto; è data altresì facoltà al Contraente di procedere alla disdetta del contratto recandosi presso la Banca fino a 5 giorni prima della scadenza annuale.

La Società si impegna a mantenere in vita la polizza per un ulteriore periodo di **5 anni**, e dietro corresponsione del relativo premio, nei confronti degli Assicurati ai quali:

- alla data della disdetta inviata dalla Società:
 - o è già stato istologicamente diagnosticato un “Cancro” e
 - o hanno già denunciato un sinistro indennizzabile ai termini di polizza e
 - o sono sottoposti a trattamenti / cure;
- tra la data della disdetta inviata dalla Società e la prima scadenza annuale della polizza viene istologicamente diagnosticato un “Cancro”.

La data di decorrenza degli ulteriori **5 anni** coincide con la prima scadenza annuale del contratto successiva all'invio della disdetta della Società (data di effetto della disdetta).

Qualora il massimale unico previsto per il “Pacchetto Base” punti da 1 a 4 di cui all’Art. 20 – Oggetto dell’Assicurazione si esaurisse per uno degli Assicurati nel corso della durata contrattuale, la copertura assicurativa per l’Assicurato stesso terminerà automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza. Pertanto, anche dietro pagamento del premio, l’Assicurato non potrà più rinnovare la copertura assicurativa e beneficiare del “Pacchetto Care” punto 5 e del “Rimborso forfettario spese funerarie” punto 6 di cui all’Art. 20 – Oggetto dell’Assicurazione.

La Società si obbliga alla restituzione al Contraente di eventuali premi o ratei di premio corrisposti in occasione del rinnovo annuale relativamente a uno degli Assicurati, nell’unico caso in cui il massimale unico previsto per il “Pacchetto Base” per lo stesso Assicurato venga esaurito e la polizza sia pervenuta alla sua scadenza annuale prima che il processo di valutazione della documentazione liquidativa relativa al sinistro che abbia causato l’esaurimento di tale massimale presentata in corso d’anno sia stato concluso. In questi casi, a fronte della restituzione del premio corrisposto rispetto all’annualità in corso, la copertura assicurativa relativa a tale Assicurato cesserà

Art. 11 – Modifica dei premi al rinnovo annuale

In occasione di ogni scadenza annuale dell’Assicurazione, il premio di rinnovo potrà essere modificato dalla Società, ferme le condizioni di assicurazione.

La Società è tenuta ad inviare al Contraente, almeno 30 giorni prima della scadenza annuale del contratto, una comunicazione scritta con indicate le modalità di rinnovo ed il premio annuo per la nuova annualità assicurativa.

Il Contraente che non accetti le modalità di rinnovo o il premio annuo comunicato potrà esercitare la sua facoltà di disdetta entro i termini di cui all’Art. 10 – “Durata e Proroga dell’Assicurazione”.

Art. 12 - Carenza

L’Assicurazione decorre per ciascun Assicurato dalle ore 24:00 del 180° giorno successivo in cui, a seguito del pagamento del premio, ha effetto l’assicurazione.

Qualsiasi accertamento diagnostico o indagine effettuato durante il periodo di carenza che abbia portato ad una diagnosi di “Cancro” istologicamente accertato per uno degli Assicurati, anche se in periodo successivo alla scadenza di tale periodo, renderà il contratto assicurativo inoperante per l’Assicurato stesso.

La Società, in tal caso, si impegna a restituire interamente al Contraente il premio versato al netto delle imposte relativamente a tale Assicurato.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione di analogo contratto Vera300, senza interruzione di continuità, **i termini di carenza di cui sopra operano soltanto in relazione ai nuovi assicurati.**

In caso di ripresa in vigore dopo più di 30 giorni di sospensione di polizza a causa del mancato pagamento del premio, la carenza da applicarsi al contratto è da intendersi pari a 90 giorni, purchè il pagamento del premio avvenga:

- a) in caso di frazionamento annuale, entro 180 giorni dalla data di scadenza della rata di premio non pagata;**
- b) in caso di frazionamento mensile, entro 180 giorni dalla prima rata di premio non pagata ed entro la data di scadenza annuale di contratto.**

Qualora il pagamento del premio non avvenga entro i termini indicati ai punti precedenti a) e b), la copertura si intenderà risolta, ai sensi dell’art. 1901 del Codice Civile.

Art. 13 - Limiti territoriali e liquidazione delle spese sostenute all'estero

L’assicurazione è valida per prestazioni effettuate in Europa con medicinali approvati da EMA (European Medicines Agency).

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, con moneta in corso in Italia, al cambio medio - ricavato dalle quotazioni dell’Ufficio Italiano Cambi – della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Art. 14 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate dalle Parti per iscritto.

Art. 15 – Controversie / Arbitrato

In caso di controversie di natura medica, sulla natura 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. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

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

Art. 16 - Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia al diritto all'azione di surroga di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili, solo se tra i terzi responsabili vi è il Contraente, l'Assicurato o un componente appartenente al nucleo familiare dell'Assicurato.

Art. 17 - Oneri fiscali

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

Art. 18 - Rinvio alle norme di legge

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

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

Art. 19 – Garanzie prestate, operatività massimali e scoperti

La Società garantisce esclusivamente le prestazioni, ai termini e condizioni indicati nelle Condizioni di Assicurazione.

Le prestazioni vengono rimborsate fino alla concorrenza dei massimali e con gli scoperti e limiti indicati nel Prospetto riepilogativo di cui all'art.22 ed allegato in Polizza. I massimali e limiti sono da intendersi per persona.

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE**Art. 20 - Oggetto dell'assicurazione**

La Società riconosce all'Assicurato, fino a concorrenza del massimale e con i limiti indicati nella polizza le seguenti spese, rese necessarie da "Cancro" istologicamente diagnosticato durante il periodo di copertura della polizza e decorsi i termini di carenza di cui all'Art. 12 – "Carenza".

Qualsiasi accertamento diagnostico o indagine effettuato durante il periodo di carenza che abbia portato ad una diagnosi di "Cancro" istologicamente accertato per uno degli Assicurati, anche se in periodo successivo alla scadenza di tale periodo, renderà il contratto assicurativo inoperante per l'Assicurato stesso.

La Società, in tal caso, si impegna a restituire interamente al Contraente il premio versato al netto delle imposte relativamente a tale Assicurato.

Ai fini della presente polizza, si definisce “Cancro”:

Qualsiasi neoplasia maligna o tumore diagnosticato e confermato da esame istologico, caratterizzata da crescita incontrollata di cellule maligne ed invasione di tessuti.

Il termine “Cancro” comprende la leucemia, sarcoma, linfoma (**tranne linfomi cutanei**) e tutti gli stadi evolutivi di tumore maligno tra cui il carcinoma maligno non invasivo “in situ”.

Sono specificatamente esclusi:

- i tumori diagnosticati come benigni (da analisi istologica), lesioni precancerose, displasie;
- i tumori in presenza di qualsiasi virus di immunodeficienza (HIV);
- le lesioni anomale della cervice uterina classificate come: neoplasie cervicali intra-epiteliali CIN I, CIN II;
- tutti i tumori della pelle non classificati come melanoma maligno.

Pacchetto Base

1. Diagnostica da indagine

Vengono riconosciuti, **entro il limite massimo indicato nel Prospetto Riepilogativo di cui all’Art.22 ed allegato in polizza**, tutti gli accertamenti diagnostici (inclusi quelli di Alta Diagnostica e le analisi di laboratorio) nonché le visite specialistiche **che abbiano istologicamente diagnosticato all’Assicurato l’insorgenza di un “Cancro”, coperto ai sensi di polizza e come da definizione di “Cancro**.

2. Spese Ricovero ed Extra-Ricovero

Vengono riconosciute, entro il **limite massimo indicato nel Prospetto Riepilogativo di cui all’art.22 ed allegato in polizza**, le spese rese necessarie da “Cancro” per:

A. Ricovero con/senza intervento, day hospital con/senza intervento, intervento chirurgico ambulatoriale

- a) gli onorari dell’equipe medica, i diritti di sala operatoria, i materiali di intervento ivi comprese le endoprotesi applicate durante l’intervento;
- b) l’assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico specialistiche, gli accertamenti diagnostici i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo del ricovero;
- c) la retta di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie. In caso d’intervento chirurgico ambulatoriale le spese per la retta di degenza non vengono corrisposte;
- d) nel caso di trapianti sono coperte le prestazioni di cui ai punti sopra a), b) e c) relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l’Assicurato è ricevente.

B. Indennità sostitutiva

Qualora le prestazioni disciplinate al punto 2 lettera A siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), viene corrisposta un’indennità sostitutiva pari ad **€ 300,00** per ogni giorno di ricovero (si intende come tale ogni giorno che comprenda anche il pernottamento) e per ogni giorno di Day Hospital, **per un massimo di 360 giorni per persona**.

L’indennità sostitutiva non viene corrisposta per le prestazioni effettuate in regime di intervento chirurgico ambulatoriale e in caso di trapianto come disciplinato al punto 2 lettera A punto d)

Qualora le suddette spese, disciplinate al punto 2 lettera A, siano solo o in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l’Assicurato potrà scegliere tra l’Indennità Sostitutiva o il rimborso delle spese rimaste a suo carico.

L’indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza in Pronto Soccorso.

C. Accompagnatore

Con riferimento alle prestazioni di cui al punto 2 lettera A, vengono altresì rimborsate le spese relative a vitto e pernottamento in Istituto di Cura o struttura alberghiera, ove non sussista la disponibilità in istituto di Cura, con il **limite giornaliero di 100,00 € e con un massimo di 30 giorni per anno.**

D. Trasporto Sanitario

Con riferimento alle prestazioni di cui al punto 2 lettera A, vengono rimborsate, entro **il limite massimo di € 2.000,00 per anno,** le spese del trasporto dell'Assicurato all'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione, con mezzo di trasporto sanitario se in Italia, con qualunque mezzo di trasporto sanitario qualora l'Assicurato si trovi all'estero.

E. Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie oncologiche per “Cancro”

Vengono riconosciute, entro il **limite massimo indicato nel Prospetto Riepilogativo di cui all'art.22 ed allegato in Polizza,** le spese per accertamenti diagnostici (inclusi quelli di Alta Diagnostica e le analisi di laboratorio) nonché le visite specialistiche, chemioterapia, radioterapia, terapia ormonale, farmaci (inclusi anti-nausea, anti-rigetto, anti-vertigini, sedativi) rese necessarie da “Cancro”.

3. **Chirurgia ricostruttiva a seguito di “Cancro”**

Qualora l'Assicurato, a seguito di un intervento chirurgico reso necessario da “Cancro”, necessita di un intervento di chirurgia plastica ricostruttiva potrà richiedere, entro il **limite massimo indicato nel Prospetto Riepilogativo di cui all'Art.22 ed allegato in polizza,** il rimborso delle spese come previste al punto precedente 2.

4. **Spese di monitoraggio**

L'Assicurato potrà richiedere, entro il **limite massimo indicato nel Prospetto Riepilogativo di cui all'Art.22 ed allegato in polizza,** il rimborso delle spese sostenute per gli accertamenti resi necessari per il monitoraggio della condizione oncologica (“Cancro”) nel tempo ed indennizzabile a termini di polizza.

Condizioni Pacchetto Base

Le garanzie descritte dal punto 1 al punto 4 del presente articolo, verranno rimborsate fino a concorrenza del massimale di € 300.000,00, per singolo Assicurato, indipendentemente dal numero di diagnosi di “Cancro” ricevute durante tutta la durata contrattuale.

Il massimale è UNICO e non viene reintegrato alla ricorrenza annuale della polizza.

Qualora il massimale unico previsto per il “Pacchetto Base” punti da 1 a 4 di cui al presente articolo si esaurisse per uno degli Assicurati nel corso della durata contrattuale, la copertura assicurativa per l'Assicurato stesso terminerà automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza. Pertanto, anche dietro pagamento del premio, l'Assicurato non potrà più rinnovare la copertura assicurativa e beneficiare del “Pacchetto Care” punto 5 e del “Rimborso forfettario spese funerarie” punto 6 di cui all'Art. 20 – Oggetto dell'Assicurazione

La Società si obbliga alla restituzione al Contraente di eventuali premi o ratei di premio corrisposti in occasione del rinnovo annuale relativamente a uno degli Assicurati, nell'unico caso in cui il massimale unico previsto per il “Pacchetto Base” per lo stesso Assicurato venga esaurito e la polizza sia pervenuta alla sua scadenza annuale prima che il processo di valutazione della documentazione liquidativa relativa al sinistro che abbia causato l'esaurimento di tale massimale presentata in corso d'anno sia stato concluso. In questi casi, a fronte della restituzione del premio corrisposto rispetto all'annualità in corso, la copertura assicurativa relativa a tale Assicurato cesserà.

Il rimborso delle spese, dal punto 1 al punto 4 del presente articolo, sarà effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 10% in regime di Forma indiretta.

Tale scoperto non si applica:

- alle spese sostenute in regime di Forma Diretta, previa autorizzazione della Centrale Operativa di Blue Assistance, presso strutture e medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato);
- nel caso di sinistri relativi alla garanzia prevista al punto 2 lettera B. "Indennità sostitutiva", lettera C. "Accompagnatore" e lettera D. "Trasporto Sanitario",
- qualora l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in quanto i ticket saranno rimborsati integralmente.

L'Assistenza Diretta non potrà mai essere attivata per le prestazioni previste al punto 1. "Diagnostica da indagine" del presente articolo. Le prestazioni saranno rimborsabili esclusivamente in Forma Indiretta, se indennizzabili a termini di polizza, secondi le modalità previste nell'Art. 30.

5. Pacchetto Care

La Società riconosce all'Assicurato, entro i rispettivi limiti indicati nel Prospetto Riepilogativo di cui all'art.22 ed allegato in polizza quanto di seguito specificato:

A. Indennità giornaliera per Unità di Terapia Intensiva

La Società garantisce all'Assicurato, in caso di ricovero in Unità di Terapia Intensiva reso necessario da **"Cancro"**, **un'indennità giornaliera pari ad € 200,00 e per un massimo di 15 giorni per anno.** L'indennità verrà riconosciuta all'Assicurato per ogni notte trascorsa in Unità di Terapia Intensiva che dovrà essere documentata da cartella clinica e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

L'indennità giornaliera per Unità di Terapia Intensiva è cumulabile all'indennità giornaliera per Ricovero oltre i 30 giorni al punto 5 B. ed in aggiunta a quanto previsto al punto 2 lettera A. e B..

B. Indennità giornaliera per Ricovero oltre i 30 giorni

La Società garantisce all'Assicurato, per un ricovero reso necessario da **"Cancro"**, **un'indennità giornaliera pari ad € 100,00, per un massimo di 60 giorni per anno.**

L'indennizzo verrà corrisposto a partire dal trentunesimo giorno di ricovero solo se effettuato su base continuativa oppure se vi è trasferimento ad altro reparto ospedaliero o ad altro Istituto di Cura, come risultante da cartella clinica e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

L'indennità giornaliera per Ricovero oltre i 30 giorni è cumulabile all'indennità per Unità di Terapia Intensiva al punto 5 A. ed in aggiunta a quanto previsto al punto 2 lettera A. e B..

C. Prestazioni di Agopuntura e Omeopatia

La Società riconosce all'Assicurato le spese, rese necessarie da **"Cancro"**, per le seguenti prestazioni di medicina non convenzionale:

- Agopuntura (incl. agopuntura con moxa revulsivante)
visita medica di MAC, sedute di agopuntura, sedute di moxibustione
- Omeopatia, omotossicologia
visita medica di MAC.

Vengono rimborsate **per un massimo di € 100,00 a visita o prestazione e fino a 10 visite o prestazioni per anno.**

Le stesse devono essere effettuate da medico o presso Centro medico.

Ai fini del rimborso, oltre alla fattura, le visite di MAC e le terapie con procedure della MAC devono essere corredate da una specifica indicazione dell'esecuzione della prestazione stessa e non è necessaria la prescrizione di un medico di medicina convenzionale.

D. Trattamenti fisioterapici e riabilitativi

La Società riconosce all'Assicurato le spese, rese necessarie da **"Cancro"**, per trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Il rimborso delle spese viene riconosciuto **per un massimo di € 100,00 a visita o prestazione, fino a 20 visite o prestazioni per anno.**

E. Consulenza nutrizionale

La Società riconosce all'Assicurato le spese, rese necessarie da **"Cancro"**, per la consulenza nutrizionistica, tale consulenza è espressamente mirata alle problematiche nutrizionali correlate al **"Cancro"**. Il rimborso delle spese viene riconosciuto **per un massimo di € 100,00 a consulenza, fino a 20 consulenze per anno.**

F. Consulenza psicologica

La Società riconosce all'Assicurato le spese, rese necessarie da **"Cancro"**, per consulenza psicologica.

Il rimborso delle spese viene riconosciuto **per un massimo di € 100,00 a consulenza, fino a 10 consulenze per anno.**

6. Rimborso forfettario spese funerarie

Spese funerarie (garanzia operante esclusivamente per gli Assicurati di età uguale o superiore a 18 anni)

In caso di morte dell'Assicurato, al quale era stato diagnosticato un **"Cancro"** come definito in polizza e che abbia già denunciato un sinistro alla Società indennizzabile a termini di polizza, la Società riconoscerà agli eredi legittimi o testamentari **un rimborso forfettario di € 10.000,00** indipendentemente dalla causa del decesso.

In caso di decesso per suicidio la garanzia non è operante.

Condizioni "Pacchetto Care" punto 5 e "Rimborso forfettario spese funerarie" punto 6

Le indennità giornaliere, di cui alle lettere A. (Indennità giornaliera per Unità di Terapia Intensiva) e B. (Indennità giornaliera per Ricovero oltre i 30 giorni) del punto 5 "Pacchetto Care", sono cumulabili tra di loro e liquidabili in aggiunta al rimborso delle spese previste al punto 2 lettera A. (Ricovero con/senza intervento, Day Hospital con/senza intervento, intervento chirurgico ambulatoriale) e all'Indennità sostitutiva prevista al punto 2 lettera B. (Indennità sostitutiva).

Le garanzie di cui ai precedenti punti 5 (Pacchetto Care) e 6 (Rimborso forfettario spese funerarie) del presente Articolo, verranno rimborsate senza l'applicazione di scoperti e fino a concorrenza dei massimali e dei limiti indicati nelle singole garanzie, sia in forma diretta che indiretta.

I massimali e limiti sono da intendersi per persona e per anno.

ESCLUSIONI

Art. 21 - Esclusioni Contrattuali a valere per tutte le garanzie / prestazioni

L'assicurazione non è operante per:

- 1. tutti gli stati patologici/malattie diversi da quanto indicato alla definizione di "Cancro";**
- 2. le spese sostenute e rese necessarie da infortuni occorsi prima o dopo la data di sottoscrizione della polizza nonché le loro complicanze e conseguenze dirette e indirette nonché i relativi postumi;**
- 3. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento inclusa la degenza presso gli Hospice;**
- 4. le prestazioni successive alla data di scadenza o di anticipata cessazione della polizza, per qualsiasi motivo, anche se il "Cancro" si è manifestato durante il periodo di validità della garanzia;**

5. le spese effettuate per prestazioni di routine e/o controllo, check-up, (salvo quanto indicato nel "Pacchetto Base" al punto 4 "Spese di monitoraggio" dell'Art. 20) inclusi i vaccini;
6. le prestazioni mediche e chirurgiche, gli accertamenti diagnostici eseguiti a scopo preventivo o per familiarità. Sono da intendersi altresì esclusi tutti i test genetici a scopo predittivo, fatta eccezione dei test genetici finalizzati alla definizione del miglior trattamento farmacologico per la cura del "Cancro" istologicamente diagnosticato durante il periodo di validità della polizza;
7. i ricoveri e Day Hospital per accertamenti o trattamenti, anche chirurgici, gli interventi chirurgici ambulatoriali, gli accertamenti diagnostici, le visite di medicina generale e di pediatria di routine, le visite specialistiche e le prestazioni sanitarie in genere non rese necessarie dal punto di vista medico e non resi necessari da "Cancro", istologicamente diagnosticato durante il periodo di copertura della polizza;
8. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi di "Cancro" come definito in polizza, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale e/o titolo equipollente se effettuato all'estero;
9. le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Chirurghi, ad eccezione di quelle infermieristiche, quelle fisioterapiche, le consulenze nutrizionali e psicologiche effettuate da studio professionale regolarmente autorizzato; sono comunque escluse tutte le prestazioni fisioterapiche finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica;
10. le prestazioni e le terapie riconducibili alla medicina complementare o alternativa (a solo titolo esemplificativo ma non esaustivo: omeopatia, fitoterapia, agopuntura) salvo quanto previsto alla lettera C. punto 5 "Pacchetto Care" Art. 20;
11. i trattamenti medici o chirurgici o l'assunzione di terapie farmacologiche sperimentali;
12. le prestazioni determinate da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate, nonché da malattie sessualmente trasmesse;
13. le prestazioni e le terapie determinate da virus "Ebola";
14. gli infortuni, le malattie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di alcool o psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
15. le malattie e gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose o comunque dolose compiute o tentate dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, nonché le imprese temerarie, incluso il suicidio;
16. gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche; conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.) o esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato per terapie mediche finalizzate alla cura del "Cancro", istologicamente diagnosticato durante il periodo di copertura;
17. le conseguenze di guerra o guerra civile, dichiarata e non, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale; l'esclusione non opera se viene presentata documentazione idonea a dimostrare che non vi è nesso causale tra lo stato di guerra ed il sinistro;
18. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo quando l'Assicurato ne sia stato parte attiva;
19. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
20. ogni prestazione medica, chirurgica o applicazione di carattere estetico a titolo esemplificativo ma non esaustivo: cure dimagranti, dietetiche, liposuzione, sclerosanti o ogni altro trattamento avente finalità estetica;

21. i trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati:
 - a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi per “Cancro” istologicamente diagnosticato durante il periodo di copertura;
22. i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche nonché gli esaurimenti nervosi, salvo quanto previsto al Pacchetto Care, punto F;
23. l'interruzione volontaria (non terapeutica) della gravidanza;
24. le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate;
25. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
26. i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (ricoveri impropri).

PROSPETTO RIEPILOGATIVO

Art. 22 Prospetto riepilogativo garanzie, massimali, scoperti

Le garanzie descritte nel “Pacchetto Base” dal punto 1 fino al punto 4 di cui al precedente art. 20 – Oggetto dell’Assicurazione, verranno rimborsate fino a concorrenza del massimale di € 300.000,00 per singolo Assicurato, indipendentemente dal numero di diagnosi di “Cancro” ricevute durante tutta la durata contrattuale.

Il massimale è UNICO e non viene reintegrato alla ricorrenza annuale della polizza.

Le indennità giornaliere, di cui alla lettera A. (Indennità giornaliera per Unità di Terapia intensiva) e B. (Indennità giornaliera per Ricovero oltre i 30 giorni) del punto 5 - “Pacchetto Care”, sono cumulabili tra di loro e liquidabili in aggiunta al rimborso delle spese previste al punto 2 lettera A. (Ricovero con/senza intervento, Day Hospital con/senza intervento, intervento chirurgico ambulatoriale) e all’Indennità sostitutiva prevista al punto 2 lettera B (Indennità sostitutiva).

Le garanzie di cui ai punti 5 (Pacchetto Care) e 6 (Rimborso forfettario spese funerarie) di cui al precedente Art.20 – Oggetto dell’assicurazione, verranno rimborsate senza l’applicazione di scoperti e fino a concorrenza dei massimali e dei limiti indicati nelle singole garanzie, sia in Forma diretta che indiretta.

I massimali e limiti sono da intendersi per persona e per anno.

Qualora il massimale unico previsto per il “Pacchetto Base” punti da 1 a 4 di cui all’Art. 20 – Oggetto dell’Assicurazione si esaurisse per uno degli Assicurati nel corso della durata contrattuale, la copertura assicurativa per l’Assicurato stesso terminerà automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza. Pertanto, anche dietro pagamento del premio, l’Assicurato non potrà più rinnovare la copertura assicurativa e beneficiare del “Pacchetto Care” punto 5 e del “Rimborso forfettario spese funerarie” punto 6 di cui all’Art. 20 – Oggetto dell’Assicurazione

Pacchetto Base	
Massimale UNICO di cui ai punti 1-2-3-4	€ 300.000
1. Diagnostica da indagine	
Accertamenti diagnostici (inclusi quelli di Alta Diagnostica e le analisi di laboratorio), visite specialistiche che abbiano istologicamente accertato l'insorgenza di un "Cancro"	
<u>Condizioni di rimborso:</u>	
Forma Diretta	Non attivabile
Forma Indiretta	Scoperto 10%
Ticket	Rimborso al 100%
2. Spese Ricovero ed Extra-Ricovero	
A. Ricovero con/senza intervento, Day Hospital con/senza intervento, intervento chirurgico ambulatoriale	
B. Indennità sostitutiva (in alternativa al punto A, qualora le prestazioni siano a carico del SSN)	
C. Accompagnatore	
D. Trasporto Sanitario	
E. Accertamenti diagnostici (inclusi quelli di Alta Diagnostica e le analisi di laboratorio), visite specialistiche e terapie oncologiche per "Cancro"	
<u>Condizioni di rimborso per il punto A. e il punto E.:</u>	
Forma Diretta	Rimborso al 100%
Forma Indiretta	Scoperto 10%
Ticket	Rimborso al 100%
3. Chirurgia ricostruttiva a seguito di "Cancro"	
<u>Condizioni di rimborso:</u>	
Vengono riconosciute le prestazioni come al punto 2	
Forma Diretta	Rimborso al 100%
Forma Indiretta	Scoperto 10%
Ticket	Rimborso al 100%
4. Spese di monitoraggio	
<u>Condizioni di rimborso:</u>	
Forma Diretta	Rimborso al 100%
Forma Indiretta	Scoperto 10%
Ticket	Rimborso al 100%
5. Pacchetto Care	
<u>A. Indennità giornaliera per Unità di Terapia Intensiva</u>	
Indennità	€ 200 al giorno (senza applicazione scoperto)
Garanzia cumulabile all'Indennità giornaliera per "Ricoveri oltre i 30 giorni" di cui al punto 5.B ed in aggiunta a quanto previsto al punto 2 lettera A e B	
Limiti	max 15gg
<u>B. Indennità giornaliera per Ricovero oltre i 30 giorni</u>	
Indennità	€ 100 al giorno (senza applicazione scoperto)
Garanzia cumulabile all'Indennità giornaliera per "Unità di Terapia Intensiva" di cui al punto 5.A e in aggiunta a quanto previsto al punto 2 lettera A e B	
Limiti	a partire dal 31° giorno fino ad un max di 60 gg
<u>C. Prestazioni di Agopuntura e Omeopatia</u>	
Limiti	€ 100 a visita o prestazione (senza applicazione scoperto)
max 10 visite o prestazioni	
<u>D. Trattamenti fisioterapici e riabilitativi</u>	
Limiti	€ 100 a visita o prestazione (senza applicazione scoperto)
max 20 visite o prestazioni	
<u>E. Consulenza nutrizionale</u>	
Limiti	€ 100 a consulenza (senza applicazione scoperto)
max 20 consulenze	
<u>F. Consulenza psicologica</u>	
Limiti	€ 100 a consulenza (senza applicazione scoperto)
max 10 consulenze	
6. Rimborso forfettario spese funerarie	
Spese funerarie (garanzia operante esclusivamente per gli Assicurati di età uguale o superiore a 18 anni)	
€ 10.000	

NORME LIQUIDATIVE

Art. 23 - Centrale Operativa

Per la gestione e la liquidazione dei sinistri la Società si avvale della seguente Struttura Operativa

Blue Assistance S.p.A., con sede in Via Santa Maria, 11 – 10122Torino

che risponde ai seguenti numeri:

dall'Italia: 800 185 026
dall'estero: +39 011 742 56 65

Se l'Assicurato decide di avvalersi della Forma Diretta, dovrà richiedere autorizzazione alla Centrale Operativa con un preavviso di almeno 5 giorni lavorativi, salvo i casi di comprovata urgenza, inviando la documentazione sanitaria a mezzo fax o all'indirizzo email che verranno comunicati dalla Centrale Operativa stessa.

La Struttura Operativa è a disposizione degli Assicurati:

- dalle ore 8:00 alle ore 18:00 dei giorni feriali e dalle ore 8:00 alle ore 12:00 del sabato, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

L'Assicurato nel contattare la Struttura Operativa presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

L'elenco delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) è disponibile nell'Area riservata del sito www.blueassistance.it, ove viene aggiornato in tempo reale.










L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è inoltre pubblicato sul sito www.veraassicurazioni.it, alla Sezione Prodotti – Persona, all'interno dell'apposito spazio dedicato al presente Prodotto.





Art. 24 – Attivazione della copertura sanitaria

L'Assicurato che ha ricevuto una diagnosi di "**Cancro**" istologicamente diagnosticato, può scegliere di attivare la copertura o in forma Diretta, nel caso in cui sia la struttura sanitaria che l'equipe medica siano convenzionati, o in Forma Indiretta.

La copertura assicurativa è attivabile solo ed unicamente in presenza di diagnosi accertata istologicamente di "Cancro".

Cosa devo fare per attivare la Forma Indiretta o la Forma diretta?

Forma Indiretta	Forma Diretta
<p>Cosa Significa "Indiretta"? <i>L'Indiretta è la liquidazione della Prestazione da parte della Società, all'Assicurato, che ha anticipato le spese, al netto degli scoperti ed entro i limiti e i massimali, come indicato nella scheda di polizza.</i></p>	<p>Cosa significa "diretta"? <i>La Diretta è il pagamento della Prestazione da parte della Società ai Centri Convenzionati appartenenti al Network, al netto degli scoperti ed entro i limiti e i massimali, come indicato nella scheda di polizza</i></p>
<p>Indiretta</p>	<p>Diretta</p>
 <p>Prenota la prestazione presso la struttura sanitaria</p>	 <p>Prenota la prestazione presso la struttura sanitaria</p>
	 <p>Chiama la Centrale Operativa con un preavviso di almeno 5 giorni lavorativi dall'Italia 800 185 026 – dall'estero +39 011 742 56 65, che ti assisterà per tutto il percorso, e comunica la data della prestazione ed invia la documentazione sanitaria necessaria alla valutazione della Diretta.</p> <p><u>Ricorda, prima dell'accettazione, potrebbe esserti richiesta ulteriore documentazione (art. 29).</u></p>
	 <p>Successivamente la centrale operativa ti comunica l'esito della valutazione della diretta.</p>
 <p>Recati alla struttura sanitaria scelta per eseguire la prestazione</p>	 <p>La Centrale Operativa invia alla struttura sanitaria la presa in carico e autorizza con le prestazioni autorizzate entro i limiti e i massimali di polizza (art. 20)</p>
	 <p>Recati presso la struttura sanitaria scelta per eseguire la prestazione</p>
 <p>Salda la prestazione</p>	 <p>Non c'è alcun importo né da anticipare né da saldare, salvo quanto non preventivamente autorizzato o oltre i limiti indicati in polizza.</p>

 <p>Richiedi il rimborso inviando tutte le fatture con la cartella clinica completa e la documentazione sanitaria per valutare l'attivazione della polizza e l'indennizzabilità delle spese.</p> <p>Ricorda, prima del rimborso, potrebbe esserti richiesta ulteriore documentazione.</p> <p>Consulta l'art. 30 per l'istruttoria della pratica.</p>	 <p>La Struttura Operativa riceverà le fatture e la documentazione sanitaria dall'Istituto di Cura.</p> <p>La centrale operativa effettuerà le verifiche di congruità tra la documentazione sanitaria ricevuta in sede di richiesta diretta e quella ricevuta dalla struttura a prestazione eseguita.</p>
 <p>La Struttura Operativa valuterà la documentazione del sinistro e se indennizzabile, rimborsa le prestazioni effettuate al netto degli scoperti ed entro i limiti e i massimali di polizza (art. 20) entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.</p>	 <p>Se la verifica di congruità è positiva (ovvero se le prestazioni erogate sono conformi alle prestazioni autorizzate, la Società salderà direttamente alla struttura sanitaria le spese per le prestazioni autorizzate, al netto degli scoperti ed entro i limiti e i massimali di polizza (art. 20).</p>

Per maggiori informazioni si rinvia ai successivi Artt. 29 – “Forma Diretta - Modalità operative e criteri di liquidazione” e 30 – “Forma Indiretta – Modalità operative e criteri di liquidazione fuori dal Network sanitario convenzionato” e al precedente Art. 20 per le prestazioni garantite dalla presente copertura assicurativa.

Art. 25 – Responsabilità

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che la Società e la Struttura Operativa non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dal Network Sanitario Convenzionato e non Convenzionato.

Pertanto il Contraente e gli Assicurati prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture sanitarie (Istituti di cura, Centri diagnostici) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

Art. 26 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Struttura Operativa quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, **non oltre il trentesimo giorno** dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) ed è stato in questo preventivamente autorizzato dalla Struttura Operativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro.

Successivamente l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta a chiusura del sinistro entro e non oltre 4 mesi (120 giorni) dalla data di scadenza della polizza.

L'inadempimento di tale obbligo potrebbe comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

L'Assicurato, nei casi di Forma di Rimborso Indiretta, per la denuncia del sinistro, potrà avvalersi dell'area riservata messa a disposizione dalla Struttura Operativa sul sito www.blueassistance.it, ove avrà la possibilità di caricare autonomamente copia della documentazione medica e di spesa a Sua disposizione.

L'Assicurato deve fornire la documentazione medica quali, esiti di esami strumentali e referti di visite specialistiche, con evidenza della propria anamnesi patologica remota e prossima e della data di insorgenza e di inizio indagini che hanno portato alla diagnosi di "**Cancro**" istologicamente accertato e ogni ulteriore documentazione sanitaria utile per valutare l'operatività della copertura assicurativa. Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'italiano, dall'inglese, dal francese, dallo spagnolo e dal tedesco deve essere corredata di traduzione in italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione restano a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

Sebbene l'Assicurato possa inviare la documentazione medica e fiscale del sinistro in fotocopia, la Società si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture che della documentazione medica.

Ai fini della valutazione del rimborso di tutte le prestazioni coperte dalla presente polizza, erogate sia in forma Diretta che Indiretta, la Società si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica, esiti di esami strumentali/istologici, referti di visite specialistiche o ogni altra documentazione utile alla corretta valutazione del sinistro

Art. 27 – Pagamenti

Tutti i pagamenti nei confronti dell'Assicurato vengono effettuati a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Art. 28 - Forme di Rimborso – Diretta ed Indiretta:

Il presente contratto prevede diverse Forme di rimborso:

1. *Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate e di medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) – Forma Diretta*

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di strutture sanitarie convenzionate e di medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato), attivandosi preventivamente con la Struttura Operativa, la Società paga direttamente alla struttura sanitaria convenzionata le spese indennizzabili, al netto degli scoperti ed entro i limiti e i massimali, come indicato nella scheda di polizza.

Per le prestazioni extra-ricovero è necessario verificare in anticipo la possibilità di eseguirle in forma Diretta contattando telefonicamente la Struttura operativa.

L'Assistenza Diretta non potrà mai essere attivata per le prestazioni previste al punto 1. "Diagnostica da indagine" dell'Art. 20 "Oggetto dell'assicurazione". Le prestazioni saranno rimborsabili esclusivamente in Forma Indiretta, se indennizzabili a termini di polizza, secondi le modalità previste nell'Art. 30.

2. *Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate e di medici non convenzionati – Forma Indiretta*

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di strutture sanitarie convenzionate e di medici non convenzionati, la Società non provvede al pagamento in forma diretta ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili al netto degli scoperti ed entro i limiti e i massimali, come indicato nella scheda di polizza.

3. Utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati – Forma Indiretta

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di strutture sanitarie e medici non convenzionati, la Società rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili al netto degli scoperti ed entro i limiti e i massimali, come indicato nella scheda di polizza.

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) – Forma Indiretta

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili al netto degli scoperti ed entro i limiti e i massimali, come indicato nella scheda di polizza.

Art. 29 – Forma Diretta - Modalità operative e criteri di liquidazione

L'Assicurato che ritenga di avvalersi di strutture sanitarie convenzionate e di medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato), prima di accedere alla struttura sanitaria e **comunque con un preavviso di almeno 5 giorni lavorativi**, salvo i casi di comprovata urgenza certificata da medico, deve sempre contattare la Struttura Operativa ai recapiti indicati al precedente art. 23.

L'Assicurato deve consentire la valutazione dell'attivazione della forma diretta anticipando a mezzo fax o email la documentazione sanitaria che sarà richiesta dalla Struttura Operativa.

In caso di **prima attivazione della copertura assicurativa** successiva alla prima diagnosi di cancro istologicamente comprovata:

- a. dettagliata relazione medica, redatta da medico Specialista, che riporta:
 - la data di diagnosi;
 - la data di inizio sintomi e la data di inizio indagini mediche e cliniche che hanno portato alla diagnosi di **“Cancro”**;
 - la diagnosi di **“Cancro”** istologicamente diagnosticata;
 - l'anamnesi patologia remota e prossima dell'Assicurato;
 - l'anamnesi familiare, se presenti malattie oncologiche di genitori, fratelli e sorelle con anno di diagnosi e tipo di tumore;
 - prestazione per la quale si richiede l'attivazione della forma diretta (es. intervento chirurgico di o TAC, RMN con mezzo di contrasto) e patologia;
- b. referti di visite mediche specialistiche effettuate;
- c. esiti di esami clinico strumentali (compresi quelli effettuati negli ultimi 2/3 anni, se in possesso);
- d. esiti di esami istologici.

In caso di richiesta di pagamento diretto, successivo alla prima attivazione della polizza che è stata accettata dalla Struttura Operativa:

- a) certificato medico con l'indicazione della prestazione per la quale si richiede l'attivazione della forma diretta (es. intervento chirurgico di, ciclo di nr. 10 chemioterapie o radioterapie, visita specialistica oncologica) e patologia.

La Società, per il tramite della Struttura Operativa, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali.

Qualora non sussistessero i presupposti per autorizzare la forma diretta sulla base della sola documentazione medica inoltrata, la Struttura Operativa non procederà all'autorizzazione preventiva della diretta, ma si riserverà di valutare il sinistro a rimborso come da Art. 30.

La Struttura Operativa, ricevute le informazioni necessarie alla valutazione del sinistro ed esclusivamente se dall'esame della documentazione medica pervenuta il sinistro risulterà indennizzabile a termini di polizza, informerà l'Assicurato e inoltrerà alla Struttura Sanitaria la conferma di autorizzazione ad usufruire delle prestazioni in forma Diretta entro i limiti indicati nel “Modulo di Autorizzazione” che l'Assicurato sarà tenuto a sottoscrivere al momento della accettazione in struttura.

La Società tiene a proprio carico le spese rimborsabili a termini di Polizza secondo le condizioni della convenzione stipulata da Blue Assistance S.p.A. con le strutture sanitarie ed i medici convenzionati.

Restano a carico dell'Assicurato gli Scoperti, l'eccedenza dei Limiti di indennizzo per prestazione eventualmente previsti in Polizza e dei massimali, nonché le prestazioni e le spese non rientranti fra quelle oggetto della convenzione stipulata da Blue Assistance S.p.A. con le strutture sanitarie e medici convenzionati. Restano inoltre a carico dell'Assicurato le prestazioni non indicate o non pertinenti rispetto alla diagnosi indicata da certificato medico e comunicata alla Struttura Operativa all'atto della richiesta di autorizzazione e tutte le prestazioni sanitarie non espressamente autorizzate nel "Modulo di Autorizzazione".

Resta inteso che tali prestazioni, solo se oggetto di copertura assicurativa e ritenute rimborsabili a termini di Polizza, saranno rimborsate nelle modalità previste al seguente paragrafo "Forma indiretta".

Il pagamento che la Società avrà effettuato alle strutture sanitarie e ai medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato), solleverà la Società stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato.

La richiesta del pagamento diretto e la conferma da parte della Struttura Operativa, prestata in base alle notizie ed alla documentazione fornite dall'Assicurato, non pregiudicano la valutazione della Società sulla indennizzabilità del sinistro a termini di polizza al ricevimento della documentazione completa.

La Società si riserva la facoltà di rifiutare l'ammissione al pagamento diretto, nonché di richiedere all'Assicurato la restituzione delle somme pagate, nella misura in cui, in base alla polizza, avrebbe avuto diritto di rifiutare o ridurre la prestazione garantita.

Qualora si dovesse successivamente accertare, relativamente all'evento per il quale l'Assicurato ha usufruito del servizio in regime di convenzione diretta, la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, l'Assicurato sarà tenuto a rimborsare alla Società le somme corrisposte a istituti di cura, centri diagnostici o medici convenzionati o a saldare le prestazioni preventivamente autorizzate in forma diretta e non ancora saldate dalla Società, ad istituti di cura, centri diagnostici o medici convenzionati.

Tali circostanze saranno debitamente comunicate all'Assicurato, mediante lettera raccomandata, e lo stesso sarà tenuto a saldare le prestazioni non ancora saldate dalla Società alle strutture del Network Sanitario Convenzionato o a restituire dette somme indebitamente liquidate dalla Società entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento delle stesse. Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, La Società si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Art. 30 - Forma Indiretta – Modalità operative e criteri di liquidazione fuori dal Network sanitario convenzionato

Nei casi di:

1. *Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate e di medici non convenzionati*
2. *Utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati*
3. *Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale*

la Società effettua, a cura ultimata, il pagamento di quanto previsto nella scheda di polizza, dietro presentazione, unitamente al modulo di richiesta di rimborso, delle fotocopie delle relative notule,

distinte e ricevute, debitamente quietanzate e valide ai fini fiscali, riservandosi il diritto di chiedere la documentazione di spesa e medica in originale, qualora lo ritenga necessario, accompagnate dalla documentazione medica giustificativa, dalla quale si evinca la data di insorgenza della malattia, quale a mero titolo esemplificativo:

- a) In caso di prestazioni in regime di ricovero o day hospital:
cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital con o senza intervento chirurgico;
- b) In caso di intervento chirurgico ambulatoriale:
dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- c) In caso di prestazioni in regime ambulatoriale (extraricovero/extraospedaliero):
certificato medico rilasciato dalla specialista che ha in cura l'Assicurato con l'indicazione della prestazione, la patologia per la quale si rende necessaria la prestazione.
- d) In caso di **prima attivazione della copertura assicurativa** successiva alla prima diagnosi di cancro istologicamente comprovata:
 - I. dettagliata relazione medica, redatta da medico Specialista, che riporta:
 - la data di diagnosi
 - la data di inizio sintomi e la data di inizio indagini mediche e cliniche che hanno portato alla diagnosi di “**Cancro**”
 - la diagnosi di “**Cancro**” istologicamente accertata
 - l'anamnesi patologia remota e prossima dell'Assicurato
 - l'anamnesi familiare, se presenti malattie oncologiche di genitori, fratelli e sorelle con anno di diagnosi e tipo di tumore;
 - prestazione per la quale si richiede il rimborso (es. intervento chirurgico di o TAC, RMN con mezzo di contrasto) e patologia;
 - II. referti di visite mediche specialistiche effettuate;
 - III. esiti di esami clinico strumentali (compresi quelli effettuati negli ultimi 2/3 anni, se in possesso);
 - IV. esiti di esami istologici;

La Società, per il tramite della Struttura Operativa, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali entro 30 giorni dal ricevimento della denuncia di sinistro e/o documentazione relativa al sinistro stesso.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato, beneficiario delle prestazioni: il rimborso avviene in ogni caso a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Ai fini dell'ottenimento del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate dovranno essere accompagnate da prescrizione medica e corredate dalla relativa diagnosi (definizione della patologia), complete di data di insorgenza della malattia e altra documentazione sanitaria adeguata alla determinazione della stessa, nonché fatturate da Istituto di cura, da Centro medico o da medico specialista. La specializzazione e la prestazione eseguite dovranno essere congrue con la diagnosi certificata.

La Società procederà alla liquidazione del sinistro indennizzabile entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione necessaria per la valutazione del sinistro stesso.

Art. 31 – Modalità operativa per il rimborso forfettario per spese funerarie

Al fine di ottenere il rimborso forfettario per le spese funerarie, garanzia prevista al punto 6. dell'Art. 20, gli eredi dell'Assicurato sono tenuti ad inviare alla Struttura Operativa:

- cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di decesso in Struttura Ospedaliera;

- dettagliata relazione medica che attesti la causa del decesso e la scheda Istat nel caso in cui il decesso non sia avvenuto in Struttura Ospedaliera;
- il Certificato di Morte rilasciato dal Comune di Residenza;
- atto notorio o atto sostitutivo di notorietà o testamento;
- copia del codice fiscale, carta d'identità/passaporto dei beneficiari;
- codice IBAN dei beneficiari per l'accredito del bonifico.

In caso di decesso non dipendente da malattia, allegare anche:

- verbale delle autorità intervenute con verbale di chiusura inchiesta;
- referto autoptico se disponibile.

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)

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

⁽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";

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⁾;

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

⁽¹¹⁾ vedi nota 9;

⁽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;

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.

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:

o 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;

o 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;

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

o 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;

o 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

⁽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 Ederle 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