



Harmonie
mutuelle
Italia

CONTRATTO ASSICURATIVO

**GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI
NON AUTOSUFFICIENZA**

Polizza Collettiva N. 200.059

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA
LEGGERE ATTENTAMENTE LE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

Prodotto redatto in conformità alle Linee guida sulla semplificazione dei contratti

Edizione Aprile 2021

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

POLIZZA COLLETTIVA n. 200.059

GARANZIA GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI – NON AUTOSUFFICENZA

Nel presente documento sono contenuti:

- **Documento Informativo precontrattuale;**
- **Documento Informativo precontrattuale Aggiuntivo;**
- **Condizioni Generali di assicurazione comprensive di Glossario;**
- **Fac-simile modello di proposta contrattuale**
- **Informativa privacy;**
- **Fac-simile modello di reclamo**

AVVERTENZA:

il Set. Informativo deve essere consegnato all'assicurato prima della sottoscrizione della polizza

I testi delle condizioni di assicurazione sono stati realizzati con l'obiettivo di facilitarne la lettura e la consultazione utilizzando un linguaggio il più possibile semplice e di utilizzo comune.

HARMONIE MUTUELLE ITALIA è la sede secondaria di «HARMONIE MUTUELLE», ente mutualistico francese, regolato dal Libro II del Codice della Mutualità francese, iscritta al registro nazionale delle mutue (R.N.M.) con sede a Parigi (Francia), 143 rue Blomet.

HARMONIE MUTUELLE sede secondaria, Esercita in Italia l'attività di assicurazione in regime di stabilimento ed è sottoposta alla vigilanza dell'autorità di controllo francese e dell'IVASS, con Codice IVASS Impresa: D915R. E' iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione alla Sez. II – elenco I – provvedimento IVASS n. I.00114 del 22/03/2013 Posta elettronica certificata (PEC): harmoniemutuelle@legalmail.it L'ammontare del patrimonio netto è pari a Euro 2.749.098.462 miliardi di cui Euro 1.551.665.736 miliardi di riserve patrimoniali. L'indice di solvibilità, ovvero l'indice che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, e relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari al 300%.

Documento Informativo Precontrattuale

per prodotti assicurativi danni (DIP)

Copertura Rimborso Spese Mediche Grandi Interventi

Non Autosufficienza

Compagnia di Assicurazione: Harmonie Mutuelle

Harmonie Mutuelle: CF 08186860964 - PI 08186860964, con sede legale in Parigi, Rue Blomet, 143 Francia e sede secondaria Via Leone XIII, 14 20145 Milano

Harmonie Mutuelle esercita l'attività di assicurazione in regime di stabilimento in Italia ed è sottoposta alla vigilanza dell'autorità di controllo francese e dell'IVASS con Codice IVASS Impresa: D915R; è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione alla Sezione II – elenco I – con il provvedimento IVASS n. I.00114 del 22/03/2013



Prodotto: Protezione Salute Grandi Interventi /Non Autosufficienza

Il presente DIP aggiuntivo Danni è stato redatto a Milano il 01 Aprile 2021 ed è l'ultimo disponibile

Le informazioni fornite in questo documento rappresentano un riassunto delle caratteristiche principali e delle esclusioni di polizza e non sono parte del contratto in essere tra le Parti. L'informativa contrattuale e precontrattuale completa del prodotto sarà fornita con i documenti di polizza.

Di che tipo di assicurazione si tratta?

L'assicurazione prevede il rimborso delle spese sanitarie sostenute dagli assicurati in conseguenza di infortunio o malattia, secondo l'opzione di garanzia prescelta.



Cosa è incluso in copertura?

Oggetto della presente polizza è l'assicurazione del rimborso delle spese sanitarie sostenute dagli assicurati in conseguenza di infortunio o malattia per:

✓ GRANDE INTERVENTO

La presente copertura assicurativa include il rischio di non autosufficienza per invalidità grave a seguito di infortunio, malattia o longevità dell'assicurato.



Cosa non è incluso in copertura?

- ✗ Tenuto conto delle differenti schede riassuntive opzioni di garanzia a disposizione dell'assicurato le esclusioni seguiranno i limiti e i massimali della copertura prescelta.



Dove è attiva la copertura?

- L'assicurazione vale per il mondo intero, con l'intesa che i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano Cambi.



Ci sono dei limiti alla copertura?

- ! L'assicurazione può essere stipulata fino al raggiungimento dell'ottantesimo anno di età.
- ! Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentali, tossicodipendenza, delirium tremens, alcoolismo e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.
- ! Periodo di carenza – Fermo il pagamento del Premio - le garanzie di polizza sono valide dalle ore 24.00: del giorno di effetto dell'assicurazione, per gli infortuni occorsi o richiesti successivamente a tale data e per il caso di non autosufficienza conseguente a infortunio; del 30° giorno dalla data di effetto della copertura assicurativa per le malattie; del 180° giorno dalla data di effetto della copertura assicurativa per le malattie pregresse;



Quali sono i doveri dell'assicurato?

- Fornire risposte complete ed accurate alle domande poste dalla Compagnia.
- Comunicare a mezzo PEC o A/R qualsivoglia evento che apporti una modifica alle condizioni contrattuali pattuite all'atto della sottoscrizione del contratto.



Quando e come pagare il premio?

- Il premio stabilito si intende comprensivo di imposte ed è riportato sul frontespizio del certificato di polizza ed è commisurato al prodotto scelto dall'aderente.
- Il premio dovrà essere versato dalla Contraente in via anticipata per tutti i nominativi inizialmente comunicati e all'atto dell'inclusione. Per gli eventuali aderenti in corso di polizza. Non è previsto il pagamento frazionato del premio annuale.
- Il pagamento del premio deve sempre esser versato alla Direzione della Società, esclusivamente a mezzo bonifico bancario sulle coordinate previste in polizza. Ove sia prevista l'intermediazione della polizza, i premi dovranno invece, essere versati all'Intermediario Assicurativo.



Quando inizia e finisce la copertura?

- La durata della copertura assicurativa è annuale ed è sempre stabilita in polizza. La polizza è soggetta a tacito rinnovo, conseguentemente, in mancanza di disdetta dovrà intendersi automaticamente rinnovata per ugual periodo
- IL Contratto Assicurativo produce i suoi effetti dalle ore 24.00 del giorno previsto in polizza – fatto salvo sempre il pagamento del premio –. Se non viene pagato il premio l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del giorno previsto per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.



Come posso disdire la polizza?

- Il contratto di polizza ha durata annuale tacitamente rinnovabile per lo stesso periodo, salvo disdetta data da una delle Parti con preavviso di 30 giorni prima della scadenza mediante lettera raccomandata A/R o a mezzo pec.
- La disdetta del contratto comporta la cessazione delle garanzie assicurative per tutti gli Assicurati. Ai fini del presente contratto farà fede la data di spedizione come da timbro dell'Ufficio Postale o data di invio del fax/PEC.
- La Contraente, entro e non oltre 30 giorni dalla sottoscrizione della Polizza, ha facoltà di recedere dalla stessa mediante l'invio di lettera raccomandata A/R e comunicazione a mezzo pec.; in tale caso., la Compagnia e il Contraente sono liberi di ogni obbligo contrattuale dalle ore 24.00 del giorno dell'invio della lettera di recesso (farà fede il timbro postale della data d'invio).

Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni):

Copertura Rimborso Spese Mediche Grandi Interventi Chirurgici
Non Autosufficienza

Compagnia: **Harmonie Mutuelle**
Società costituita in base a leggi di altro Stato



Prodotto: Protezione Salute Grandi Interventi /Non Autosufficienza

Il presente DIP aggiuntivo Danni è stato redatto a Milano il 01 Aprile 2021 ed è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Harmonie Mutuelle

sede legale: Parigi, Rue Blomet, 143 Francia

sede secondaria: Via Leone XIII, 14 20145 Milano

Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964,

Repertorio Economico Amministrativo (REA): MI – 2008684 –

E- Mail: info@harmoniemutuelleitalia.it

Posta elettronica certificata (PEC): harmoniemutuelle@legalmail.it

Sito Internet: <http://www.harmonie-mutuelle-italia.it>

La società esercita l'attività di assicurazione in regime di stabilimento in Italia ed è sottoposta alla vigilanza dell'autorità di controllo francese e dell'IVASS con codice Impresa: D915R; è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione alla Sezione II – elenco I – con il provvedimento IVASS n. I.00114 del 22/03/2013.

L'ammontare del patrimonio netto alla data del 31 dicembre 2019 è pari a Euro 2.749.098.462 miliardi di cui Euro 1.551.665.736 miliardi di riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità, ovvero l'indice che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, e relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari al 300%.

Al presente contratto si applica la Legge Italiana.



Che cosa è assicurato?

Sezione Rimborso Spese mediche Grandi Interventi

Ad integrazione di quanto indicato nel DIP, siamo a precisare che, sono inclusi nell'assicurazione: i difetti fisici la cui correzione non sia stata possibile o indicata nei primi 3 anni di vita e che rappresentino rischio oggettivo di conseguenze o complicanze patologiche per l'Assicurato.

Sezione Non autosufficienza

A seguito del verificarsi dello stato di non autosufficienza, all'assicurato verrà riconosciuta un'indennità forfettaria mensile pari ad Euro 1.000,00.

L'indennità risarcitoria erogata all'assicurato (si precisa che vien prestata solo all'assicurato capo famiglia) verrà prestata per la durata della non autosufficienza con un limite temporale massimo di 3 anni; oltre il suddetto termine null'altro potrà esser riconosciuto all'assicurato/Non Autosufficienza

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

La presente copertura prevede il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato a seguito di Malattia o Infortunio, fino alla concorrenza dei massimali previsti e con i limiti indicati nei Quadri prescelti.

Garanzie ospedaliere

Grandi interventi Chirurgici

Sono altresì ricomprese: le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), gli esami, le analisi di laboratorio, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le prestazioni chirurgiche e infermieristiche, le terapie effettuate nei 150 giorni precedenti/successivi l'inizio o il termine del ricovero, del Day Surgery o dell'Intervento Chirurgico Ambulatoriale purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo/precedente ricovero o intervento chirurgico.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Valide per la sezione "GARANZIA GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI"

L'assicurazione non è operante per:

- malattie mentali - tranne la cura di disturbi psichici in genere (psicoterapia) ove ricompresi nelle opzioni di garanzia -, le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, atti di autolesionismo (compreso tentato suicidio), forme maniaco depressive e disturbi di personalità; i disturbi del comportamento alimentare, e loro conseguenze, e le sindromi da esaurimento nervoso sono coperte una sola volta nella vita della polizza;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
- l'aborto volontario non terapeutico;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la

<p>Rischi esclusi</p>	<p>permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;</p> <ul style="list-style-type: none"> - il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; - gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno; - gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato; - le spese non direttamente inerenti alla cura o l'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili; - le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti; - le conseguenze di guerra, insurrezione generale, operazioni, occupazioni militari ed invasioni movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici; - le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale. Sono altresì escluse le prestazioni di routine e/o controllo; - le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla data di decorrenza della copertura o di malformazioni congenite non note al momento della sottoscrizione del contratto, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore ad 1 anno assicurati dalla nascita; - i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40); - la correzione dei vizi di rifrazione quali ad esempio: miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia; - trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattia e infortunio nonché i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (ricoveri impropri); - i ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in strutture per lunga degenza, le cure termali, i ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona; - le prestazioni determinate da positività HIV ed AIDS e sindromi ad esse correlate, nonché da malattie sessualmente trasmesse; - le prestazioni non espressamente specificate nelle singole garanzie e relativi allegati. <p>Valide per la sezione "GARANZIA NON AUTOSUFFICIENZA"</p> <p>L'assicurazione non è operante per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche – al di fuori dei regolamenti sportivi – e alle relative prove e dalla pratica, anche a livello non professionale, dei seguenti sport: sci con salti dal trampolino, bobsleigh, guidoslitta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, scalate di roccia e ghiacciaio, immersioni con ARA e speleologia, rugby, football americano; - da stato di ubriachezza accertata, come da Codice della Strada; - Incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia come membro dell'equipaggio; - alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, tentativo di suicidio, mutilazione, contaminazione radioattiva; - Omissione o falsa dichiarazione dell'Assicurato; - patologie di ordine fisiche diverse da quelle organiche (psicosi, nevrosi, sindrome ansio-depressive...ecc.); - atti compiuti o tentati dall'Assicurato e/o dal Contraente con dolo o colpa grave; - partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi; - trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazione di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapeutiche; - partecipazione attiva dell'Assicurato a guerre, insurrezioni, sommosse, atti di terrorismo.
------------------------------	--



Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Che obblighi ha la contraente?

L'Assicurato ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare il rischio oggetto di assicurazione, diverso dagli elementi oggetto di comunicazione ai fini della regolazione del premio o dell'inclusione degli Assicurati in copertura.

Se la variazione implica aggravamento del rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione. 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.

Quali obblighi ha l'assicurato in caso di sinistro?

SEZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

L'assicurato deve presentare la denuncia del sinistro alla struttura atta alla gestione dei sinistri ed individuata in: "My Assistance" entro 3 giorni da quando lo stesso ne ha avuto conoscenza.

Nell'ipotesi di Forma Diretta

L'Assicurato individua la Struttura Sanitaria convenzionata più adatta alle proprie esigenze consultando l'elenco delle strutture convenzionate tramite il sito www.myassistance.it oppure, se in possesso delle credenziali (login e password), entrando nella area riservata tramite il sito: <https://app.myassistance.eu> oppure contattando la centrale operativa.

Prima di accedere alla struttura sanitaria l'Assicurato deve sempre contattare la centrale operativa fornendo altresì la prescrizione del medico, indicante la diagnosi di malattia accertata o presunta, la data di insorgenza, la prestazione richiesta, e l'indicazione del Centro Sanitario prescelto, del giorno e dell'ora dell'appuntamento.

L'Assicurato si recherà quindi all'appuntamento pagando il costo previsto a suo carico, mentre la restante parte verrà saldata dalla Compagnia direttamente al Centro Sanitario.

Al momento dell'ingresso nella struttura, l'Assicurato deve firmare per accettazione il "Modulo di presa in carico" nel quale vengono indicati gli eventuali importi (scoperti, franchigie ecc.) o tipologie di spese che rimangono a termini di polizza a suo carico e che quindi lo stesso dovrà saldare direttamente all'atto della dimissione.

Nell'ipotesi di forma "Indiretta"

Qualora non ci si avvalga dei Servizi Convenzionati con la Società o non si sia concordato preventivamente con la centrale operativa l'attivazione dell'Assistenza "Diretta" con le modalità indicate, l'Impresa effettua il rimborso delle prestazioni all'Assicurato, secondo i limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di Assicurazione.

Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte ed effettuate da medico, corredate dalla relativa diagnosi/presunta diagnosi, nonché fatturate da un Istituto di Cura, da uno studio medico, da medico specialista e/o da personale abilitato ad effettuare le prestazioni prescritte.

Per richiedere alla Società il rimborso delle spese sanitarie pagate direttamente,

<p>Quali obblighi ha l'assicurato in caso di sinistro?</p>	<p>nei limiti e nei massimali previsti dalla Polizza, l'Assicurato potrà procedere: <u>in modalità cartacea o digitale.</u></p> <p>Forma "Mista"</p> <p>La Compagnia paga direttamente alla struttura sanitaria convenzionata la componente di spesa indennizzabile a termini di polizza relativa alla struttura sanitaria, al netto di scoperti e/o franchigie indicati nel Certificato di Polizza, che rimangono a carico dell'Assicurato. L'Assicurato, invece, sostiene in proprio la componente di spesa relativa ai medici o professionisti abilitati non convenzionati richiedendone successivamente il rimborso alla Compagnia.</p> <p>Tutte le spese indennizzabili a termini di polizza vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di scoperti e/o franchigie indicati nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia, che rimangono a suo carico.</p> <p>Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale</p> <p>Per i ricoveri e le prestazioni extra ricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate sulla base dei limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di assicurazione e secondo le modalità indicate ai precedenti punti "forma diretta", "forma indiretta" e "forma mista". Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all'originale.</p> <p><u>SEZIONE NON AUTOSUFFICIENZA</u></p> <p>Ad integrazione di quanto indicato nel DIP, siamo a precisare che, l'Assicurato deve presentare la denuncia alla società assicurativa o al Broker affidatario del contratto, entro 10 giorni da quando ne ha avuto conoscenza.</p> <p>Pertanto, da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza, l'Assicurato/avente diritto o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare o che comunque si occupi dello stesso, al fine di avviare le procedure di accertamento dell'evento sinistro, deve:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) comunicare per iscritto il verificarsi dell'evento alla Contraente, che a sua volta informerà la Compagnia, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento mediante PEC e lettera raccomandata con ricevuta di ritorno; 2) produrre tutta la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato; 3) sottoporsi anche in fase di ricovero a eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia o da suoi incaricati, fornendo alla stessa ogni informazione; 4) fornire delega scritta alla Compagnia al fine di poter verificare l'esistenza in vita dell'Assicurato; 5) fornire certificato del medico curante o medico ospedaliero che documenti lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, precisando la data di inizio e la causa che lo ha determinato; 6) in caso di perdita delle capacità cognitive, fornire gli esiti di un accertamento diagnostico comprendente l'esito di un test di valutazione delle funzioni cognitive (ad esempio il test di MMS di Folstein). <p>Le spese relative a certificati medici e altre documentazioni mediche richieste dalla Compagnia o dai suoi incaricati sono a carico dell'Assicurato.</p>
	<p>Prescrizione</p> <p>I diritti derivanti dal contratto (diversi dal diritto al pagamento delle rate di Premio) si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'articolo 2952, secondo comma, del Codice Civile.</p>

Obblighi dell'impresa	<p>Al fine del riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Compagnia, questa si impegna a rispettare le seguenti procedure di gestione.</p> <p>Tempistiche di gestione:</p> <p>Entro 20 giorni dal ricevimento della denuncia da parte dell'Assicurato ovvero da parte di un suo rappresentante allo scopo delegato, la Compagnia invia il questionario da compilare e la richiesta di ulteriore documentazione medica ove necessario;</p> <p>Entro 60 giorni dal ricevimento del questionario e della documentazione medica esaustiva la Compagnia, ove lo ritenga necessario, si impegna a sottoporre l'Assicurato a visita;</p> <p>Entro 120 giorni dal ricevimento del questionario, indipendentemente dal fatto che sia stata o no richiesta la visita, la Compagnia si impegna a dare riscontro all'Assicurato, in merito al riconoscimento o meno della non autosufficienza.</p> <p>La Compagnia provvederà a formalizzare per iscritto all'Assicurato, o alla persona che lo rappresenta, il riconoscimento dello stato di non autosufficienza entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.</p> <p>Durante la fase di accertamento, la Compagnia si riserva il diritto di accertare lo stato di non autosufficienza con propri medici fiduciari.</p> <p>In seguito al riconoscimento da parte della Compagnia dello stato di non autosufficienza, l'Assicurato e/o l'avente diritto matura il diritto a percepire l'indennità forfettaria mensile e/o l'erogazione di un capitale nei termini, con i limiti e secondo le modalità stabilite in contratto.</p>
------------------------------	--



Quando e come devo pagare?

Premio	Gli importi di Premio sono comprensivi di imposte, qualora applicabili.
Ripensamento dopo la stipula	Non è previsto il ripensamento dopo la stipula della Polizza.
Sconti	Né l'Impresa né l'intermediario possono applicare sconti di Premio.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP



Come posso disdire la polizza?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto è rivolto dipendenti, collaboratori, soci, iscritti, associati che hanno che rapporto con la Contraente che risultano stabilmente residenti in Italia o che si recano all'estero per ragioni di lavoro o diporto per non più di 60 giorni all'anno continuativi.



Quali costi devo sostenere?

La Contraente dovrà sostenere il pagamento del premio determinato in polizza.

- La quota parte percepita in media per l'intermediazione è pari al 40% del costo stesso.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Puoi presentare i reclami alle Imprese scrivendo ai seguenti recapiti:</p> <ul style="list-style-type: none">• Posta cartacea (anche raccomandata a.r.): Milano, Via Papa Leone XIII, 14 Italia• Posta elettronica (e-mail): mail: harmoniemutuelle@legalmail.it• Fax: +39.02.9937.1044 <p>I reclami devono essere riscontrati nel termine di 45 giorni dalla ricezione</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, mancato o parziale accoglimento del reclamo o di assenza di riscontro da parte dell'Impresa entro 45 giorni dalla ricezione, puoi rivolgerti all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98)</p>
Negoziazione Assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</p>
Sistema alternativo di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none">• Arbitrato Irrituale per le controversie di natura medica, attivabile mediante conferimento di mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti.• Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile come sopra specificato.

AVVERTENZE

Eventuali dichiarazioni inesatte o non veritiere possono limitare o escludere del tutto il diritto alla prestazione assicurativa.

L'impresa di assicurazione non prevede nel proprio sito internet un'area riservata ove consultare e gestire telematicamente il proprio rapporto assicurativo.

Al contempo, la gestione del presente contratto viene demandata a MY ASSISTANCE.

L'assicurato avrà la possibilità di accedere alla propria area riservata collegandosi al seguente link:

<https://app.myassistance.eu>.

Edizione Aprile 2021

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

POLIZZA

RIMBORSO SPESE MEDICHE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI e NON AUTOSUFFICIENZA

- **Condizioni Generali di assicurazione comprensive del glossario**
- **Fac- simile Modulo di Proposta contrattuale**
- **Informativa privacy**
- **Fac-simile modulo reclamo**

I testi delle condizioni di assicurazione sono stati realizzati con l'obiettivo di facilitarne la lettura e la consultazione utilizzando un linguaggio il più possibile semplice e di utilizzo comune.

HARMONIE MUTUELLE ITALIA è la sede secondaria di «HARMONIE MUTUELLE», ente mutualistico francese, regolato dal Libro II del Codice della Mutualità francese, iscritta al registro nazionale delle mutue (R.N.M.) con sede a Parigi (Francia), 143 rue Blomet.

HARMONIE MUTUELLE sede secondaria, Esercita in Italia l'attività di assicurazione in regime di stabilimento ed è sottoposta alla vigilanza dell'autorità di controllo francese e dell'IVASS, con Codice IVASS Impresa: D915R. E' iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione alla Sez. II - elenco I - provvedimento IVASS n. 1.00114 del 22/03/2013 Posta elettronica certificata (PEC): harmoniemutuelle@legalmail.it L'ammontare del patrimonio netto è pari a Euro 2.749.098.462 miliardi di cui Euro 1.551.665.736 miliardi di riserve patrimoniali. L'indice di solvibilità, ovvero l'indice che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, e relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari al 300%.

Indice

GLOSSARIO	4
CAPITOLO 1.....	7
CONDIZIONI GENERALI DEL CONTRATTO.....	7
Art 1.1 Prestazioni assicurate	7
Art 1.2 Esclusioni	7
Art 1.3 Limite d'età – Persone non assicurabili	8
Art 1.4 Limiti territoriali.....	8
Art 1.5 Periodo di carenza	8
Art 1.6 Tacito rinnovo del contratto.....	9
Art 1.7 Recesso Anticipato dell'Assicurato.....	9
Art. 1.8 Recesso in caso di Sinistro (a valere per la sezione GARAZIA NON AUTOSUFFICIENZA)	9
Art. 1.9 Anticipata risoluzione del contratto (a valere per la sezione GARAZIA NON AUTOSUFFICIENZA)	9
Art 1.10 Forma delle comunicazioni.....	9
Art 1.11 Variazioni di rischio.....	9
Art 1.12 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	10
Art 1.13 Oneri fiscali	10
Art 1.14 Legge applicabile e rinvio	10
Art 1.15 Assicurazione per conto altrui	10
Art 1.16 Clausola Broker	10
Art 1.17 Altre assicurazioni.....	10
Art 1.18 Identificazione delle persone assicurate	10
Art 1.19 Determinazione del Premio.....	11
Art. 1.20 Consegna delle Condizioni generali di assicurazione e obblighi del broker e della contraente di polizza	11
Art.1.21 Consegna e Riservatezza Dei Dati Personali.....	11
Art 1.22 Collegio Medico	12
Art 1.23 Foro competente	12
Art 1.24 Reclami	12
Art 1.25 Termini di prescrizione	13
CAPITOLO 2.....	14
SEZIONE GARANZIA GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	14
Art 2.1.1 Descrizione delle Prestazioni Assicurate	14
Art. 2.1.2 Denuncia del danno e obblighi dell'Assicurato	14

Art. 2.1.3 Forma Diretta	15
Art. 2.1.4. Forma “Indiretta”	16
Art. 2.1.5: Forma “Mista”	17
Art. 2.1.6 Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale.....	17
Art 2.1.7 Pagamento dell’indennizzo e Richiesta di rimborso tramite upload	17
Art 2.1.8 Gestione della documentazione di spesa	17
SEZIONE GARANZIA NON AUTOSUFFICIENZA.....	18
Art 2.2.1 Oggetto dell’assicurazione	18
Art. 2.2.2 Definizione dello stato di non autosufficienza	18
Art. 2.2.3 Attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL)	18
Art. 2.2.4 Obblighi dell’Assicurato	18
Art. 2.2.5 Fase d’istruttoria.....	19
Art. 2.2.6 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza	19
Art. 2.2.7 Erogazione delle prestazioni.....	19
Art. 2.2.8 Rivedibilità dello stato di non autosufficienza	19
Art. 2.2.9 Beneficiario della prestazione assicurativa	19
QUADRI SINOTTICI ALLEGATO 1.....	20
Opzione 1	20
QUADRI SINOTTICI ALLEGATO 1.....	20
Opzione 2	20
QUADRI SINOTTICI ALLEGATO 1.....	20
Opzione 3	20
ALLEGATO 2	21
<u>Richiesta di Adesione alla Polizza Collettiva N. xxx.....</u>	26
INFORMATIVA MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA.....	28
DICHIARAZIONI DELLA CONTRAENTE:.....	28
INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - (Art.13 e 14 Reg.EU 679/2016)	29
FACSIMILE DI RECLAMO ALL’IMPRESA.....	31

GLOSSARIO

La presente parte del set informativo contiene un elenco che riporta ed esplicita le definizioni dei termini utilizzati, in generale, in un contratto assicurativo. Si avverte che i termini di seguito riportati non assumono alcun significato ai fini dell'interpretazione del presente contratto di assicurazione, in relazione al quale avranno rilevanza unicamente i termini definiti nella Condizioni di Assicurazione.

Aborto terapeutico: interruzione volontaria della gravidanza provocata da determinati trattamenti medici al fine di preservare la salute della madre o di evitare lo sviluppo di un feto segnato da malformazioni o gravi patologie, effettuata nel rispetto di quanto disposto dalla legge italiana.

Accertamento diagnostico: prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Assicurato/Assistito: La persona nell'interesse della quale è stipulato il contratto, nonché titolare del diritto all'eventuale indennizzo.

Assicuratore: L'Impresa di assicurazione. È l'impresa autorizzata all'esercizio dell'attività di assicuratore, con la quale il contraente stipula il contratto di assicurazione.

Assicurazione: L'operazione con cui un soggetto (assicurato) trasferisce ad un altro soggetto (assicuratore) un rischio al quale egli è esposto naturalmente o per disposizione di legge.

Assistenza Infermieristica: Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

Assistenza Medica: L'assistenza prestata, nelle modalità standard previste dall'Istituto di Cura, da persona fornita di specifica qualifica professionale.

Azienda: L'impresa o Ente i cui dipendenti sono assicurati. Ai fini del presente contratto, ai dipendenti sono equiparati i collaboratori coordinati e continuativi, tutti i soggetti che percepiscono redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente, nonché i membri degli organi statutari e gli amministratori. Tali soggetti acquisiscono la qualifica di Beneficiario dell'assicurazione. Qualora l'Azienda stipuli in proprio il contratto di assicurazione, acquisisce la qualifica di Contraente/Assicurato.

Beneficiario/Avente Diritto: Il soggetto designato che fruisce della prestazione assicurativa

Broker: Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività

Carenza: Il periodo che può intercorrere tra il momento della stipulazione di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia offerta dall'assicuratore diviene concretamente efficace.

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, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Certificato di Polizza: Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente/Assicurato e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del Contraente/Assicurato, i dati identificativi del rischio, il premio e la sottoscrizione delle Parti.

Condizioni di assicurazione: Le clausole di base previste da un contratto di assicurazione. Esse riguardano gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata del contratto, e possono essere integrate da condizioni speciali e aggiuntive.

Coniuge/convivente: Il Coniuge dell'Assicurato o il convivente more uxorio, come risultante da stato di famiglia.

Contraente: il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del premio.

Convalescenza: il periodo dopo la dimissione dall'Istituto di cura che comporti una inabilità temporanea

Convenzione: La disciplina che regola i rapporti tra la Contraente e la Compagnia, costituita dalle presenti definizioni, dalle Condizioni Generali di Convenzione, dalle Condizioni Generali di Assicurazione, ivi inclusi gli allegati;

Data Decorrenza Copertura: Data alla quale viene sottoscritto il contratto se contestuale al pagamento del premio alla firma, altrimenti data alla quale viene effettuato il pagamento.

Day Hospital: Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da Cartella Clinica con Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Day Surgery: degenza in istituto di cura senza pernottamento e comportante intervento chirurgico terapeutico, con redazione di Cartella Clinica con Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Data Sinistro: Data in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato il ricovero, l'intervento chirurgico in day hospital o in ambulatorio; per le prestazioni extra ricovero, la data della prima prestazione sanitaria erogata.

Degenza Domiciliare: La convalescenza trascorsa a domicilio su prescrizione risultante da certificato medico.

Diaria da ricovero: Garanzia che consiste nel versamento di una somma, da parte dell'assicuratore, per ogni giorno di degenza in istituti di cura dovuta a infortunio o malattia.

Difetto Fisico: Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite e/o derivante da anomalia congenita, ovvero menomazione clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita

Disdetta: La comunicazione che il contraente o l'assicuratore deve inviare all'altra parte, entro i termini previsti dal contratto, per manifestare la propria volontà di recedere da esso.

Esclusioni: Rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Evento: L'insieme di tutte le prestazioni per le garanzie di day hospital ed extraospedaliere effettuate per la stessa patologia e sostenute entro la data della scadenza della presente polizza; il singolo ricovero con degenza notturna costituisce invece un evento a sé stante, anche se relativo alla medesima patologia di un altro precedente ricovero dello stesso tipo.

GLOSSARIO

CONDIZIONI GENERALI DEL
CONTRATTO

SEZIONE GARANZIA GRANDI INTERVENTI
CHIRURGICI

SEZIONE GARANZIA NON
AUTOSUFFICIENZA

Franchigia: La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'assicurato.

Grandi Interventi: sono gli interventi così come definiti nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992

Gessatura: Qualsiasi mezzo di contenimento rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento immobilizzante, comunque esterno, sempreché applicato e rimosso da personale medico.

Indennità sostitutiva: importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso.

Intervento Chirurgico Ambulatoriale: L'intervento di chirurgia, effettuato senza ricovero - anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia e/o qualsiasi indagine/prestazione diagnostica che preveda il prelievo di un frammento di tessuto o di organo per l'esame istologico a scopo diagnostico -, compresa la chirurgia orale (con esclusione di materiale protesico) che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Intervento chirurgico: l'atto medico realizzato in Strutture Sanitarie regolarmente autorizzate da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Non sono considerati Interventi chirurgici né le riduzioni incruente di fratture e lussazioni, né gli accertamenti diagnostici o di controllo, anche quando invasivi o comportanti prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e/o per l'introduzione di idoneo strumento all'interno dell'organismo. Non sono altresì considerati interventi chirurgici i soli trattamenti sanitari a scopo terapeutico, quali cure oncologiche o somministrazione di qualsiasi medicina medicinale, anche tramite cruentazione dei tessuti.

Intramoenia: Prestazioni sanitarie erogate individualmente o in équipe da professionista medico, dipendente da una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per la 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)

Istituto di cura: l'ospedale pubblico, l'istituto universitario, la clinica o casa di cura privata regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza o lunga degenza, di soggiorno o di riposo per la cura di anziani o malati cronici, nonché le cliniche della salute e quelle aventi finalità estetiche, dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, e le residenze sanitarie assistenziali.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Liquidazione: Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

Liquidazione In Forma Mista: La Compagnia paga direttamente alla struttura sanitaria convenzionata la componente di spesa indennizzabile a termini di polizza relativa alla struttura sanitaria, al netto di scoperti e/o franchigie indicati nel Certificato di Polizza, che rimangono a carico dell'Assicurato. L'Assicurato sostiene in proprio la componente di spesa relativa ai medici o professionisti abilitati non convenzionati richiedendone successivamente il rimborso alla Compagnia. Tutte le spese indennizzabili a termini di polizza vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di scoperti e/o franchigie indicati nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia, che rimangono a suo carico. Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private) convenzionate e medici chirurghi o professionisti abilitati (anche in regime di intramoenia) non convenzionati.

Lungodegenza: Ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in Istituto di Cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Malattia: ogni riscontrabile e obiettivabile alterazione dello stato di salute, non dipendente da infortunio, a carattere evolutivo, che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici.

Malattia Improvvisa: Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza al momento di effetto della polizza (o del successivo ingresso in copertura) e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo; a titolo esemplificativo e non esaustivo si intendono malattie improvvise: appendicite acuta ed ernie strozzate; meningite, peritonite, pleurite (tutte tre in forma acuta e non tubercolare); pneumonite acuta; broncopneumite; febbri tifoidee, paratifoidee da accertarsi con sierodiagnosi.

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: Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile in base a sintomi prima della stipulazione della polizza.

Massimale: la somma fino alla concorrenza della quale la Società presta la garanzia.

Medicina alternativa o complementare / medicina non ufficiale: le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omeopatia; chiropratica.

Neonati: In caso di variazione della composizione del nucleo familiare per nascita, la garanzia si intende, all'atto della variazione stessa, immediatamente operante nei confronti di neonati purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30 giorni dalla nascita.

Network: Rete sanitaria convenzionata con la Società, costituita da ospedali e Istituti di carattere scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, nonché da Professionisti Medici che esercitano nell'ambito di queste, per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nell'ambito delle convenzioni stesse, nelle seguenti forme:

in forma diretta: La Compagnia paga direttamente alla struttura sanitaria, ai medici chirurghi e professionisti abilitati convenzionati le spese per le prestazioni sostenute dall'Assicurato e indennizzabili a termini di polizza, al netto di scoperti e/o franchigie indicati nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia, che rimangono invece a suo carico.

Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private), medici chirurghi e professionisti abilitati (anche in regime di intramoenia) convenzionati.

GLOSSARIO

CONDIZIONI GENERALI DEL
CONTRATTO

SEZIONE GARANZIA GRANDI INTERVENTI
CHIRURGICI

SEZIONE GARANZIA NON
AUTOSUFFICIENZA

in forma indiretta (con l'utilizzo delle tariffe preferenziali) L'Assicurato sostiene in proprio tutte le spese relative alle garanzie prestate con la presente assicurazione, richiedendone successivamente il rimborso. Tutte le spese indennizzabili a termini di polizza vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di scoperti e/o franchigie indicati nel Certificato di Polizza che rimangono a suo carico. Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private), medici chirurghi e professionisti abilitati (anche in regime di intramoenia) non convenzionati

Nucleo familiare: L'Assicurato, il coniuge, la persona unita civilmente, nonché il convivente legato da vincolo affettivo (anche dello stesso sesso), i figli fiscalmente non a carico purché regolarmente iscritti in uno stesso certificato anagrafico di stato di famiglia o di residenza, i figli, fiscalmente a carico, fino a 30 anni di età, anche se momentaneamente non conviventi con l'Assicurato per motivi di studio. Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli legalmente affidati o affiliati, o, se vi è l'obbligo di mantenimento, di altri familiari purché risultanti dallo stato di famiglia. E' inoltre possibile garantire anche i coniugi legalmente separati o divorziati, purché vi sia l'obbligo di copertura assicurativa (con sentenza del giudice); in tale circostanza non è ammessa la copertura nei confronti della persona convivente.

Periodo di Carenza: Periodo di Tempo compreso tra la data di sottoscrizione della polizza e quello in cui si producono tutti gli effetti dell'assicurazione

Polizza di assicurazione collettiva: È il contratto di assicurazione stipulato da un contraente nell'interesse di più assicurati.

Premio: La somma dovuta dalla Contraente alla Società. I mezzi di pagamento consentiti dalla società sono quelli previsti dalla normativa vigente

Prestazione Extra ospedaliera: tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Protesi ortopediche: Sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

Quadro Sinottico: Schema riassuntivo delle garanzie prestate.

Questionario anamnestico: Detto anche questionario sanitario, è il documento che l'impresa di assicurazione può chiedere al contraente di compilare prima della stipulazione di un'assicurazione contro i danni alla persona o di un'assicurazione sulla vita. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute ed alle precedenti malattie o infortuni dell'assicurato. Le informazioni fornite dal contraente servono all'assicuratore per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

Residenza: Luogo in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano in cui l'Assicurato ha stabilito la dimora abituale.

Retta di degenza: costo giornaliero per la degenza/il ricovero in Istituto di cura e per l'ordinaria assistenza medico-infermieristica, sia ordinaria che intensiva.

Ricovero improprio: la degenza/il ricovero 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.

Ricovero ospedaliero: Il soggiorno imprevisto, a seguito di Infortunio o Malattia, in un istituto ospedaliero su prescrizione medica per un trattamento medico o chirurgico, che preveda almeno 1 (un) pernottamento. Resta escluso l'accesso alle strutture di pronto soccorso che non dia seguito a ricovero.

Rischi esclusi: Sono quelli per i quali non è operante la garanzia prestata dall'assicuratore. I rischi esclusi sono dettagliatamente elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Scoperto: la percentuale della parte indennizzabile del danno che rimane a carico dell'Assicurato.

Società: Harmonie Mutuelle

Sinistro: evento dannoso per cui è pretesta l'assicurazione

Sottolimito: È l'ammontare che rappresenta l'entità massima dell'obbligazione di pagamento dell'Assicuratore in forza del Contratto d'Assicurazione in relazione ad uno specifico rischio; tale ammontare non si somma a quello del Massimale ma fa parte di esso.

Somma assicurata: È l'importo in relazione al quale l'impresa di assicurazione si impegna a fornire la propria prestazione.

Struttura Sanitaria: Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery, regolarmente autorizzati a fornire assistenza ospedaliera. Ambulatorio o Poliambulatorio medico, centro diagnostico autorizzato.

Non sono considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

Struttura Sanitaria Convenzionata: Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Compagnia ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni

Strutture Sanitarie e Medici Chirurghi e Professionisti Abilitati Convenzionati: Strutture sanitarie, medici chirurghi e professionisti abilitati convenzionati, presso i quali l'Assicurato, previa richiesta telefonica e autorizzazione, può fruire dell'assistenza diretta per prestazioni mediche, interventi chirurgici e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute.

Poiché gli accordi con i medici chirurghi, i professionisti abilitati e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che l'Assicurato ottenga conferma, per il tramite del provider utilizzato e richiamato in polizza, l'effettiva esistenza dell'accordo.

Sub-massimale: La spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nelle Condizioni di assicurazione fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e nell'ambito dei massimali previsti e al netto degli scoperti e/o franchigie, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo Familiare. Nel caso di ricovero con intervento chirurgico esso comprende oltre all'intervento principale anche eventuali interventi concomitanti.

Visita specialistica: la visita viene effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative.

GLOSSARIO

CONDIZIONI GENERALI DEL
CONTRATTO

SEZIONE GARANZIA GRANDI INTERVENTI
CHIRURGICI

SEZIONE GARANZIA NON
AUTOSUFFICIENZA

CAPITOLO 1 CONDIZIONI GENERALI DEL CONTRATTO

Art 1.1 Prestazioni assicurate

Le garanzie di cui al contratto sono prestate in forma collettiva in favore delle persone fisiche (dipendenti, collaboratori, soci, iscritti, associati) in relazione e nominativamente comunicate dalla contraente che risultano stabilmente residenti in Italia o che si recano all'estero per ragioni di lavoro o diporto per non più di 60 giorni all'anno continuativi.

L'assicurazione è prestata a favore dell'assicurato ma, le coperture di polizza, potranno essere estese, con versamento del relativo premio, anche al nucleo familiare.

Se assicurato è il nucleo familiare, i figli nati nel corso della copertura si intendono automaticamente assicurati per i massimali/somme assicurate e le garanzie previste per il nucleo, fermo l'obbligo dell'assicurato di dichiarare la nuova inclusione entro 30 giorni dalla nascita, per il tramite della Contraente.

L'assicurazione è operante alle condizioni e nei limiti previsti nell'Opzione di cui nel Quadro Sinottico prescelto dall'Aderente tra quelli allegati in calce (**allegato 1**), in caso di malattia o infortunio avvenuto durante l'efficacia del presente contratto.

Nell'ipotesi di adesione del nucleo familiare sono inclusi nell'assicurazione:

- i difetti fisici la cui correzione non sia stata possibile o indicata nei primi 3 anni di vita e che rappresentino rischio oggettivo di conseguenze o complicanze patologiche per l'Assicurato.

Art 1.2 Esclusioni

Valide per la sezione **"GARANZIA GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI"**

L'assicurazione non è operante per:

- malattie mentali - tranne la cura di disturbi psichici in genere (psicoterapia) ove ricompresi nelle opzioni di garanzia -, le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, atti di autolesionismo (compreso tentato suicidio), forme maniaco depressive e disturbi di personalità; i disturbi del comportamento alimentare, e loro conseguenze, e le sindromi da esaurimento nervoso sono coperte una sola volta nella vita della polizza;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
- l'aborto volontario non terapeutico;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- le spese non direttamente inerenti alla cura o l'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezione generale, operazioni, occupazioni militari ed invasioni movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale. Sono altresì escluse le prestazioni di routine e/o controllo;
- le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla data di decorrenza della copertura o di malformazioni congenite non note al momento della sottoscrizione del contratto, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore ad 1 anno assicurati dalla nascita;
- i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);

GLOSSARIO

CONDIZIONI GENERALI DEL
CONTRATTO

SEZIONE GARANZIA GRANDI INTERVENTI
CHIRURGICI

SEZIONE GARANZIA NON
AUTOSUFFICIENZA

- la correzione dei vizi di rifrazione quali ad esempio: miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia;
- trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattia e infortunio nonché i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (ricoveri impropri);
- i ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in strutture per lunga degenza, le cure termali, i ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona;
- le prestazioni determinate da positività HIV ed AIDS e sindromi ad esse correlate, nonché da malattie sessualmente trasmesse;
- le prestazioni non espressamente specificate nelle singole garanzie e relativi allegati.

Valide per la sezione **“GARANZIA NON AUTOSUFFICIENZA”**

L'assicurazione non è operante per:

- dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche – al di fuori dei regolamenti sportivi – e alle relative prove e dalla pratica, anche a livello non professionale, dei seguenti sport: sci con salti dal trampolino, bobsleigh, guidoslitta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, scalate di roccia e ghiacciaio, immersioni con ARA e speleologia, rugby, football americano;
- da stato di ubriachezza accertata, come da Codice della Strada;
- Incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia come membro dell'equipaggio;
- alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, tentativo di suicidio, mutilazione, contaminazione radioattiva;
- Omissione o falsa dichiarazione dell'Assicurato;
- patologie di ordine fisiche diverse da quelle organiche (psicosi, nevrosi, sindrome ansio- depressive...ecc.);
- atti compiuti o tentati dall'Assicurato e/o dal Contraente con dolo o colpa grave;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazione di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapeutiche;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a guerre, insurrezioni, sommosse, atti di terrorismo.

In ogni caso la Società non è tenuta a fornire copertura e non è tenuta a pagare qualsiasi richiesta o fornire alcun beneficio nella misura in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale sinistro o il riconoscimento di tale beneficio possa esporre la parte a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea o dagli Stati Uniti d'America.

Art 1.3 Limite d'età – Persone non assicurabili

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 80° anno di età dell'assicurato. Si precisa altresì che per gli assicurati di età pari a 75 anni verrà richiesta la sottoscrizione del Questionario di Buona Salute, non solo in fase di sottoscrizione del contratto, ma anche in fase di rinnovo della polizza, qualora l'assicurato abbia compiuto 75 anni in corso di copertura.

Resta comunque inteso che al compimento del 81° anno di età la Polizza cesserà automaticamente.

Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentali, tossicodipendenza, delirium tremens, alcoolismo e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.

In nessun caso per queste persone potrà essere opposto l'eventuale incasso di premi venuti a scadenza, che saranno restituiti al Contraente.

Non sono assicurabili le persone che al momento della stipula del Contratto abbiano già riconosciuta un'invalidità permanente di grado superiore al 50% o sia già stata avanzata richiesta di riconoscimento della stessa.

Non sono assicurabili le persone che al momento della stipulazione del Contratto di assicurazione siano già in condizione di non autosufficienza o che non possono compiere autonomamente almeno uno dei quattro atti della vita quotidiana, come specificati nell'art. 2.3 “Attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL)”.

Art 1.4 Limiti territoriali

L'assicurazione è valida per tutti i paesi del mondo. Gli indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in Euro.

Art 1.5 Periodo di carenza

Fermo il pagamento del Premio - le garanzie di polizza sono valide dalle ore 24.00:

del giorno di effetto dell'assicurazione, per gli infortuni occorsi o richiesti successivamente a tale data e per il caso di non autosufficienza conseguente a infortunio;

del 30° giorno dalla data di effetto della copertura assicurativa per le malattie;

del 180° giorno dalla data di effetto della copertura assicurativa per le malattie pregresse;

GLOSSARIO

CONDIZIONI GENERALI DEL
CONTRATTO

SEZIONE GARANZIA GRANDI INTERVENTI
CHIRURGICI

SEZIONE GARANZIA NON
AUTOSUFFICIENZA

Art 1.6 Tacito rinnovo del contratto

Il contratto assicurativo di natura collettiva ha validità di un anno e la sua durata e cessazione sono previste in polizza che è parte integrante del contratto medesimo.

In mancanza di disdetta anticipata con lettera raccomandata a/r o a mezzo Pec almeno 30 giorni prima della scadenza indicata in polizza, il contratto, deve intendersi tacitamente rinnovato per una durata uguale a quella originaria -farà fede la data di spedizione come da timbro dell'Ufficio Postale o data di invio del fax/PEC.

Le coperture assicurative rilasciate ai singoli assicurati aderenti alla polizza collettiva avranno validità di un anno e la loro durata e cessazione risulterà dal certificato di polizza che è parte integrante del contratto medesimo.

- **AVVERTENZA** La cessazione della polizza collettiva non produce effetti verso i singoli certificati emessi che varranno fino alla scadenza in essi prevista.

Fatto sempre salvo il rinnovo annuale della polizza collettiva, anche per i singoli certificati emessi in ossequio alla stessa, vale il principio del tacito rinnovo e, conseguentemente, la mancata disdetta anticipata degli stessi - con lettera raccomandata a/r o a mezzo Pec - almeno 30 giorni prima della scadenza del certificato determinerà il rinnovo automatico della copertura assicurativa per uguale periodo (un anno).

La copertura assicurativa per ogni aderente – fatto salvo sempre il pagamento del premio, che deve avvenire entro e non oltre 30 giorni dalla data di adesione alla polizza collettiva – ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nel certificato polizza a condizione che:

- sia stata compilata, datata e sottoscritta la Richiesta di Adesione;
- ci sia stata l'accettazione da parte della Compagnia;
- sia stato pagato il Premio unico anticipato, nei termini sopra previsti.

Art 1.7 Recesso Anticipato dell'Assicurato

Il Contraente/assicurato può esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto inviando una raccomandata a/r alla Compagnia.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione la Compagnia ha l'obbligo di rimborsare il premio eventualmente corrisposto al netto delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute e della quota parte di premio relativa al periodo nel quale il contratto ha avuto effetto.

Art. 1.8 Recesso in caso di Sinistro (a valere per la sezione GARAZIA NON AUTOSUFFICIENZA)

Dopo ogni Sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, la Società potrà recedere dall'Assicurazione. La relativa comunicazione deve essere data mediante lettera raccomandata ed ha efficacia dopo 30 giorni dalla data di invio della stessa. In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima rimborserà al Contraente la quota di Premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 1.9 Anticipata risoluzione del contratto (a valere per la sezione GARAZIA NON AUTOSUFFICIENZA)

Nei casi di anticipata risoluzione del contratto richiesta dalla Contraente, sono dovuti alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte l'intero ammontare del premio relativo al periodo di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la causa che ha provocato la risoluzione.

Art 1.10 Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente/Assicurato è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto con raccomandata a/r alla Direzione Generale per l'Italia (al seguente indirizzo: Harmonie Mutuelle - sita in Via Leone XIII, 14 20145 Milano) o mail harmoniemutuelle@legalmail.it, oppure all'Intermediario scelto dal Contraente/ Assicurato e riconosciuto dalla Società. Qualunque modificazione del Contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti. Le condizioni di Assicurazione potranno esser consegnate anche su supporto duraturo non cartaceo, tramite posta elettronica o con altro servizio di messaggistica elettronica. In qualunque momento, l'assicurato, avrà la facoltà di cambiare le richiamate modalità di trasmissione dati.

Art 1.11 Variazioni di rischio

La Contraente e l'assicurato, hanno l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare il rischio oggetto di assicurazione. Se la variazione implica diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio o le rate di premio successive alla comunicazione fatta dalla Contraente, ai sensi dell'Art.1897 Codice Civile, rinunciando al relativo diritto di recesso.

Se la variazione implica aggravamento del rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto - e dai singoli certificati emessi - con preavviso di quindici giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare

GLOSSARIO

CONDIZIONI GENERALI DEL
CONTRATTO

SEZIONE GARANZIA GRANDI INTERVENTI
CHIRURGICI

SEZIONE GARANZIA NON
AUTOSUFFICIENZA

la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art 1.12 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

La Società presta la garanzia e ne determina il Premio in base alle dichiarazioni fornite dal Contraente Assicurato, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali che l'impresa, se le avesse conosciute, non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle stesse condizioni, la stessa ha diritto:

a) In caso di dolo o colpa grave art 1892 c.c. di:

- Annullare, recedere e contestare la validità del contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto le inesattezze o le reticenze delle dichiarazioni fornite dal contraente e dall'assicurato;
- In ogni caso rifiutare qualsiasi pagamento al verificarsi di un sinistro;

b) Nel caso non esista dolo o colpa grave art 1893 c.c. di:

- Ridurre, le somme assicurate al verificarsi del sinistro in relazione al maggior rischio accertato;
- Recedere dal contratto entro 3 mesi dal giorno in cui è venuta a conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o della reticenza.

c) Le inesatte indicazioni dell'età dell'assicurato comporta in ogni caso la rettifica delle prestazioni in base all'età reale.

Art 1.13 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

Il contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo l'aliquota in vigore.

Art 1.14 Legge applicabile e rinvio

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana, da ritenersi applicabile anche per tutto quanto non è qui diversamente stabilito.

Art 1.15 Assicurazione per conto altrui

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui; pertanto gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, ai sensi dall'Art.1891 Codice Civile.

Art 1.16 Clausola Broker

Agli effetti delle condizioni normative tutte della presente Polizza, le parti danno atto che ogni comunicazione fatta dalla Contraente all'Intermediario, incaricato alla gestione del presente contratto tramite lettera raccomandata o mail, si intenderà come fatta alla Compagnia di assicurazione, come pure ogni comunicazione fatta dalla Compagnia di Assicurazione all'intermediario si intenderà come fatta alla Contraente stessa, facendo fede per la validità la data risultante da uno dei documenti sopraindicati.

Il Broker è sempre responsabile dell'autenticità delle firme apposte sui documenti contrattuali, nonché dell'esattezza della data di perfezionamento indicata nei documenti stessi.

Il broker nella sua qualità di Distributore, coadiuva e si impegna con la Contraente a: verificare il possesso dei requisiti per l'entrata in copertura dell'assicurato; consegnare all'Assicurato/aderente copia del Set informativo comprensivo delle relative Condizioni di assicurazione; informare l'Assicurato che qualsiasi comunicazione con la Compagnia dovrà essere effettuata per il tramite della Contraente o dell'Intermediario eventualmente incaricato, indicando agli stessi che in caso di reclamo o sinistro gli assicurati dovranno contattare direttamente la Compagnia; avvisare l'assicurato che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto alla conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione; avvertire l'assicurato prima di eventuale sottoscrizione del questionario sanitario, di verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso e che, l'assicurato, può sempre chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Art 1.17 Altre assicurazioni

Il Contraente non deve dare avviso alla Compagnia dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per le medesime prestazioni, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art 1.18 Identificazione delle persone assicurate

L'adesione alla presente Polizza Collettiva da parte dell'Assicurato/Aderente è assolutamente libera e viene perfezionata su base volontaria mediante richiesta su specifico Modulo di Adesione ex art. 9 comma 3 del Regolamento Ivass 41/2018 rilasciato all'Assicurato/Aderente e realizzata tramite singolo "Certificato di Polizza", emesso per ogni Assicurato/Aderente con le modalità di seguito indicate:

GLOSSARIO

CONDIZIONI GENERALI DEL
CONTRATTO

SEZIONE GARANZIA GRANDI INTERVENTI
CHIRURGICI

SEZIONE GARANZIA NON
AUTOSUFFICIENZA

L'Aderente/Assicurato manifesta l'interesse ad aderire alla Polizza mediante la sottoscrizione della Richiesta di Adesione la cui validità è pari a 6 mesi

Accettazione Set Informativo. Il broker a cui è affidata la gestione del contratto, verificata: l'assumibilità delle coperture; l'accettazione da parte dell'Assicurato/Aderente delle condizioni di cui al Set Informativo e del relativo preventivo, provvede a trasmettere alla società di assicurazione la richiesta di messa in copertura.

Assunzione del Rischio. Ricevuta la richiesta di copertura, la Società assicuratrice mette in copertura gli assicurandi per tramite di singoli certificati di Polizza. L'accettazione del rischio avviene sulla base dei dati forniti con la Richiesta di Adesione, completata in ogni parte, datata e firmata dall'Aderente/Assicurato. Di volta in volta la Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria.

Il **"Certificato di Polizza"** viene emesso in base alle indicazioni fornite dalla Contraente. Sul certificato di assicurazione, che fa parte integrante della Polizza, vengono indicati i seguenti dati:

- Contraente;
- Decorrenza e Scadenza della copertura;
- Numero della Convenzione;
- Numero del certificato;
- Nominativi degli assicurati;
- Premio da incassare.

Ogni singolo certificato che verrà emesso seguirà la propria scadenza e, pertanto, la cessazione della Polizza collettiva non pregiudica in alcun modo la validità delle coperture assicurative alle quali gli Aderenti/Assicurati abbiano precedentemente aderito e in relazione alle quali risulti regolarmente corrisposto il Premio.

Art 1.19 Determinazione del Premio

Il premio lordo per ogni singolo aderente- comprensivo degli eventuali oneri fiscali - è stabilito nel certificato di polizza ed è commisurato all'opzione di garanzia prescelta al momento dell'adesione alla polizza collettiva.

Il pagamento del premio – anche nelle ipotesi di rinnovo - deve sempre avvenire in via anticipata dalla contraente e per l'intera durata assicurativa.

Il premio dovrà esser versato alla Direzione della Società, esclusivamente a mezzo bonifico bancario sulle coordinate previste in polizza. Ove sia prevista l'intermediazione della polizza, i premi dovranno invece, essere versati all'Intermediario Assicurativo.

Non è previsto il pagamento frazionato del premio annuale né l'applicazione di sconti.

La copertura s'intende prestata dalla Società nei confronti di ogni Assicurato previa la rimessa del pattuito premio da parte della Contraente e/o del Broker a cui è affidata la gestione del contratto.

Art. 1.20 Consegna delle Condizioni generali di assicurazione e obblighi del broker e della contraente di polizza

La Contraente – e l'intermediario del contratto qualora presente - si impegnano a collaborare e adempiere al rispetto di tutti gli obblighi di cui all'art. 66 del Regolamento Ivass 40/2018 e dell'art. 9 del Regolamento Ivass 41/18.

Il set informativo comprensivo delle condizioni generali di Assicurazione potranno essere consegnate ai soggetti assicurati anche su supporto duraturo non cartaceo, tramite posta elettronica o con altro servizio di messaggistica elettronica sempre che l'assicurato ne abbia accettato le modalità.

Prima della sottoscrizione della polizza all'Aderente dovranno essere sempre consegnati i seguenti documenti:

- Copia del Modulo di Adesione e/o proposta contrattuale sottoscritta;
- Informativa privacy;

set informativo comprensivo di Condizioni Generali di assicurazione e Glossario;

La contraente e/o l'intermediario si rendono responsabili dell'esatta compilazione del modulo di adesione.

Una copia integrale del Modulo di Adesione dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente all'Impresa qualora ne faccia richiesta.

Qualunque alterazione, variazione od aggiunta apportata al testo dei documenti di cui sopra, renderà nulla e quindi inoperante l'Assicurazione.

Nel caso di aderente persona giuridica, la stessa, coadiuverà la contraente nelle attività di comunicazione e consegna ai singoli beneficiari della polizza del set informativo e delle condizioni generali di assicurazione.

Art.1.21 Consegna e Riservatezza Dei Dati Personali

Rispetto alle attività di trattamento dei dati personali degli Aderenti/Assicurati, poste in essere in esecuzione della presente Polizza, la Contraente e la Compagnia agiranno in veste di titolari autonomi. Ciascuna delle Parti risponderà delle conseguenze, di carattere patrimoniale e non, ascrivibili all'eventuale violazione delle prescrizioni di cui al Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Regolamento UE 2016/679) e alla normativa nazionale attuativa, occorse nell'esecuzione delle attività oggetto della presente Polizza. La Contraente e la Compagnia riconoscono, anche per i propri dipendenti e/o collaboratori a qualsiasi titolo, il carattere confidenziale e riservato di qualsiasi

GLOSSARIO

CONDIZIONI GENERALI DEL
CONTRATTO

SEZIONE GARANZIA GRANDI INTERVENTI
CHIRURGICI

SEZIONE GARANZIA NON
AUTOSUFFICIENZA

informazione comunicata in esecuzione del Contratto e conseguentemente si impegnano, sia durante il rapporto che successivamente in caso di sua cessazione a:

non divulgare e/o non comunicare a terzi, né in tutto né in parte, né in forma scritta, né orale, né per mezzo di strumenti informatici, né magnetici, né in qualsiasi altra forma, ogni informazione trasmessagli dall'altra Parte senza il suo preventivo espresso consenso scritto;

non utilizzare, né in tutto né parzialmente, qualsiasi informazione trasmessagli dall'altra Parte, per fini diversi dall'esecuzione della Convenzione.

Le misure a tutela della riservatezza di cui al presente articolo non si applicano:

in caso di obblighi informativi nei confronti delle Autorità di Vigilanza e/o previsti dalle disposizioni di legge e regolamentari.

a quelle informazioni che siano o diventino di dominio pubblico.

Gli obblighi di riservatezza di cui al presente articolo saranno validi per l'intera durata della Polizza e anche nei 2 anni s alla scadenza o cessazione della stessa

Art 1.22 Collegio Medico

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), la Società e l'Assicurato potranno conferire mandato ad un Collegio di tre medici. Le decisioni del Collegio saranno prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa. La proposta di convocare il Collegio medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, entro trenta giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione della Società e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunicherà all'Assicurato, entro trenta giorni, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato. Il terzo medico viene scelto dalla Società e dall'Assicurato entro una terna di medici proposta dai due primi medici designati; in caso di disaccordo, il terzo medico è designato dal Segretario dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Nominato il terzo medico, la Società convocherà il Collegio invitando l'Assicurato o gli aventi diritto a presentarsi. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. La decisione del collegio medico è obbligatoria per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale. Eventuali spese legali e/o di assistenza sostenute dalle parti durante tutta l'attività di gestione del sinistro e di arbitrate devono ritenersi sempre ed interamente compensate fra le stesse.

Art 1.23 Foro competente

Per ogni controversia è competente, a scelta della parte attrice, l'autorità giudiziaria che ha giurisdizione nella Sede, residenza o domicilio elettivo della Società, del Contraente o dell'avente diritto.

Art 1.24 Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:

**UFFICIO RECLAMI
HARMONIE MUTELLE ITALIA
Via Leone XIII, 14
20145 Milano**

Nel reclamo – di cui si allega esempio - dovranno essere indicati i seguenti dati:

- Nome, Cognome, indirizzo completo dell'esponente;
- Numero della Polizza e nominativo del Contraente;
- Numero e data del Sinistro al quale si fa riferimento;
- Indicazioni del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

La Società gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni - Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma – Telefono 06/421331 – fax 06/42133745 o 06/42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile

GLOSSARIO

CONDIZIONI GENERALI DEL
CONTRATTO

SEZIONE GARANZIA GRANDI INTERVENTI
CHIRURGICI

SEZIONE GARANZIA NON
AUTOSUFFICIENZA

sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico, denominazione dell'impresa, dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato, breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Art 1.25 Termini di prescrizione

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

**CAPITOLO 2
SEZIONE GARANZIA GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

Art 2.1.1 Descrizione delle Prestazioni Assicurate

La presente copertura prevede il rimborso delle spese sanitarie sostenute dagli Assicurati a seguito di grandi interventi chirurgici derivanti da Malattia o Infortunio.

La garanzia opera in caso di ricovero reso necessario da malattia o infortunio fino alla concorrenza dei massimali previsti nell'opzione di garanzia prescelta tra quelle indicati nei Quadri Sinottici allegati. (Allegato 1)

Si definiscono come "Grandi Interventi Chirurgici" solo quelli indicati nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992. l'elenco è da ritenersi esaustivo e tassativo e suscettibile di integrazione e/o modificazioni (Allegato 2).

Sono compresi in garanzia:

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio);
- i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento;
- la retta di degenza esclusi i comfort o i bisogni non essenziali del degente;
- l'assistenza medica e infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, l'acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari applicati durante l'intervento, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, gli esami e i medicinali purché riconducibili al periodo di ricovero e alla patologia che ha comportato il ricovero;
- sono, altresì, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici eseguiti nei giorni precedenti l'intervento (nei termini di cui all'opzione prescelta), nonché gli esami, i medicinali e le prestazioni mediche chirurgiche ed infermieristiche. Si intendono comunque compresi anche i ricoveri per cure, accertamenti e interventi preparatori all'intervento principale o da questo resi necessari e comunque a esso connessi;
- infine, vengono ricompresi anche visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le cure alberghiere) effettuati nei giorni successivi all'intervento chirurgico (nei termini di cui all'opzione prescelta) e che siano la diretta conseguenza di tale evento.

Sono, altresì, ricompresi, nel massimale unico per anno assicurativo come da Quadro sinottico prescelto e a seguito di un "Grandi Interventi Chirurgici": le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), gli esami, le analisi di laboratorio, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le prestazioni chirurgiche e infermieristiche, le terapie effettuate **nei 150 giorni precedenti/successivi l'inizio o il termine del ricovero**, del Day Surgery o dell'Intervento Chirurgico Ambulatoriale purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo/precedente ricovero o intervento chirurgico.

NORME IN CASO DI SINISTRO

 **AVVERTENZA**

Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri la società si avvale di Strutture Operative esterne.

Art. 2.1.2 Denuncia del danno e obblighi dell'Assicurato

L'assicurato deve presentare la denuncia del sinistro alla struttura atta alla gestione dei sinistri ed individuata in: "My Assistance" così come meglio spiegato negli articoli che seguono, secondo le modalità ivi previste entro 3 giorni da quando lo stesso ne ha avuto conoscenza.

L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso; devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della copia della cartella clinica e ulteriore documentazione utile richiesta dalla Società.

Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

Colui che richiede l'indennizzo deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto.

Se dolosamente non viene adempiuto agli obblighi previsti dal presente articolo, l'Assicurato perde il diritto all'indennizzo; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

Si precisa in ogni caso che, sia per la "prestazione diretta" che per la "prestazione indiretta", il costo delle eventuali traduzioni relative alla documentazione medica presentata dall'Assicurato, sono a totale carico dello stesso.

GLOSSARIO

CONDIZIONI GENERALI DEL
CONTRATTO

SEZIONE GARANZIA GRANDI INTERVENTI
CHIRURGICI

SEZIONE GARANZIA NON
AUTOSUFFICIENZA

L'Assicurato riconosce espressamente che la Società e MyAssistance non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dal Network Sanitario Convenzionato.

Si precisa in ogni caso che, sia per la "prestazione diretta" che per la "prestazione indiretta", il costo delle eventuali traduzioni relative alla documentazione medica presentata dall'Assicurato, sono a totale carico dello stesso.

Nel rispetto delle garanzie di polizza, gli Assicurati possono usufruire delle prestazioni sanitarie mediante tre modalità:

- **Forma "Diretta"**: L'Assicurato usufruisce delle prestazioni sanitarie presso uno delle strutture convenzionate (i.e., Network Convenzionato) con la Società. In questo caso, se il costo delle prestazioni è compreso nei limiti e nei massimali previsti in polizza, l'Assicurato non effettua alcun pagamento alla Struttura sanitaria appartenente al Network Convenzionato al netto di eventuali scoperti o minimi non indennizzabili. Se il costo delle prestazioni supera il limite e i massimali previsti dalla polizza l'assicurato deve pagare alla Struttura Sanitaria appartenente al Network Convenzionato esclusivamente la differenza tra il costo delle prestazioni e quanto previsto dalla polizza oltre eventuali scoperti e/o minimi non indennizzabili.
- **Forma "Indiretta"**: L'Assicurato invia le ricevute che attestano le spese sanitarie sostenute presso una qualsiasi struttura sanitaria non convenzionata con la Società. Qualora ne sussistano i presupposti, l'Assicurato riceverà il rimborso delle predette spese (nei limiti e nei massimali previsti in Polizza e con l'applicazione degli eventuali scoperti e/o minimi non indennizzabili) mediante bonifico bancario, per il tramite della Società.
- **Forma "Mista"**: tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private) convenzionate con MyAssistance e medici chirurghi o professionisti abilitati (anche in regime di intramoenia) non convenzionati.

Art. 2.1.3 Forma Diretta

- Scelta della Struttura Sanitaria e della equipe medico/chirurgica di fiducia

L'Assicurato individua la struttura sanitaria convenzionata più adatta alle proprie esigenze consultando l'elenco delle strutture convenzionate tramite il sito www.myassistance.it oppure, se in possesso delle credenziali (login e password), entrando nella area riservata tramite il sito: <https://app.myassistance.eu> oppure contattando:

LA CENTRALE OPERATIVA

attiva dal lunedì al venerdì (feriali) dalle 8.30 alle 18.00 ai seguenti numeri telefonici:

Dall'Italia: Numero Verde: 800.701.121
Da Cellulare o dall'estero: Numero: +39 02 303500323

In caso di intervento chirurgico, la Centrale Operativa verifica presso la struttura sanitaria che anche l'equipe medica/chirurgica sia convenzionata e che la prestazione richiesta sia indennizzabile a termini di polizza.

Qualora l'equipe medica/chirurgica non sia convenzionata, la Centrale Operativa autorizzerà le spese riferite alla Casa di Cura prescelta, mentre gli onorari dell'equipe medico/chirurgica verranno saldati direttamente dall'Assicurato all'atto delle dimissioni, salvo successivo rimborso da parte della Società secondo quanto previsto dalla presente polizza.

- RICHIESTA DI PRESTAZIONE IN FORMA DIRETTA

Prima di accedere alla struttura sanitaria e comunque con un preavviso di almeno:

3 giorni lavorativi in caso di Ricovero Ospedaliero

2 giorni lavorativi per le ulteriori prestazioni

(salvo i casi di comprovata urgenza) **l'Assicurato deve sempre contattare la centrale operativa inviando a mezzo:**

mail: sinistri.harmonie@myassistance.it

o fax: +39 02 871.819.75

la prescrizione del medico, indicante la diagnosi di malattia accertata o presunta, la data di insorgenza, la prestazione richiesta, e l'indicazione del Centro Sanitario prescelto, del giorno e dell'ora dell'appuntamento.

● Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale - al fine di ottenere la prestazione - che l'Assicurato acceda agli operatori sanitari esclusivamente contattando la centrale operativa, in mancanza del quale il servizio non è operante.

GLOSSARIO

CONDIZIONI GENERALI DEL
CONTRATTO

SEZIONE GARANZIA GRANDI INTERVENTI
CHIRURGICI

SEZIONE GARANZIA NON
AUTOSUFFICIENZA

La Centrale Operativa provvederà alla raccolta di tutte le informazioni indispensabili per la gestione della richiesta richiedendo altresì, se necessario, l'invio di documentazione medica utile alla corretta valutazione del caso. Dopo aver effettuato le opportune verifiche, comunicherà all'Assicurato la conferma dell'avvenuta autorizzazione all'Assistenza Diretta.

Successivamente provvederà all'invio del documento di presa in carico al Centro Sanitario interessato, con copia all'Assicurato.

L'Assicurato si recherà quindi all'appuntamento pagando il costo previsto a suo carico, mentre la restante parte verrà saldata dalla Compagnia direttamente al Centro Sanitario.

Qualora non fosse possibile autorizzare l'Assistenza Diretta con la sola documentazione medica inoltrata, la Centrale Operativa potrà richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali oppure, negare l'autorizzazione all'Assistenza Diretta.

- ACCETTAZIONE PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA

Al momento dell'ingresso nella struttura, l'Assicurato deve firmare per accettazione il "Modulo di presa in carico" nel quale vengono indicati gli eventuali importi (scoperti, franchigie ecc.) o tipologie di spese che rimangono a termini di polizza a suo carico e che quindi lo stesso dovrà saldare direttamente all'atto della dimissione.

Per le prestazioni fuori ricovero l'Assicurato dovrà presentarsi presso il Centro Convenzionato munito di richiesta del proprio medico curante, indicante la prestazione da effettuare e la patologia sofferta.

L'Assicurato prende atto del fatto che l'Istituto di Cura, all'atto della dimissione, invierà a My Assistance tutta la documentazione sanitaria inerente al ricovero, con particolare riguardo alla copia della cartella clinica e ai documenti fiscali (fatture, parcelle, etc.) affinché quest'ultima possa provvedere alla valutazione e alla successiva liquidazione diretta delle somme dovute.

Altri titoli di spesa, per i quali l'Assicurato abbia diritto al rimborso ai sensi delle condizioni di polizza dovranno essere inviati dall'Assicurato stesso a My Assistance che provvederà alla relativa liquidazione.

In tutti i casi in cui per qualsivoglia motivo non fosse operante la Polizza per il pagamento diretto da parte della Società delle spese di cura e ricovero, l'assistenza sarà prestata in forma indiretta.

Qualora da controlli amministrativi successivi, risultasse che la Copertura Sanitaria non sia attiva per l'annualità in corso oppure, risultasse la mancanza della regolarità amministrativa della polizza o della singola posizione, l'Assicurato dovrà saldare personalmente alla Struttura Sanitaria TUTTE le spese sostenute anche se precedentemente autorizzate in regime di Assistenza Diretta.

Art. 2.1.4. Forma "Indiretta"

Qualora non ci si avvalga dei Servizi Convenzionati con la Società o non si sia concordato preventivamente con la centrale operativa l'attivazione dell'Assistenza "Diretta" con le modalità indicate, l'Impresa effettua il rimborso delle prestazioni all'Assicurato, secondo i limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di Assicurazione.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto per singolo evento a cura ultimata e dietro presentazione, in copia ed unitamente al modulo di richiesta di rimborso opportunamente predisposto, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, accompagnate, in caso di ricovero, dalla cartella clinica completa.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato e il rimborso avviene in favore dell'Assicurato stesso o degli eredi legittimi previa presentazione dell'atto notorio e di iban cointestato agli eredi del de cuius. In caso di presenza di minori eredi risulta necessario, inoltre, ricevere l'ordinanza del Giudice Tutelare.

Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte ed effettuate da medico, corredate dalla relativa diagnosi/presunta diagnosi, nonché fatturate da un Istituto di Cura, da uno studio medico, da medico specialista e/o da personale abilitato ad effettuare le prestazioni prescritte.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato entro 30 giorni lavorativi a partire dalla data di ricevimento della necessaria documentazione medica e delle relative notule e fatture in copia, come soprariportato, pervenuta per il tramite del Broker o portale Web.

Per richiedere alla Società il rimborso delle spese sanitarie pagate direttamente, nei limiti e nei massimali previsti dalla Polizza, l'Assicurato potrà procedere:

in modalità cartacea:

inviando, l'apposito modulo e ai relativi documenti indicati al paragrafo precedente, al seguente indirizzo:

**MyAssistance
Via Raimondo Montecuccoli, 20/1 -20147 Milano (MI)**

in modalità digitale:

Dovrà accedere alla propria **area riservata** sul portale web di MyAssistance.

GLOSSARIO

CONDIZIONI GENERALI DEL
CONTRATTO

SEZIONE GARANZIA GRANDI INTERVENTI
CHIRURGICI

SEZIONE GARANZIA NON
AUTOSUFFICIENZA

Le richieste acquisite perverranno direttamente alla Società che procederà alla valutazione dei rimborsi dovuti secondo le condizioni di Polizza.

Il rimborso delle spese avverrà esclusivamente mediante bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN comunicate d'Assicurato.

In caso di spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia; la relativa documentazione dovrà essere prodotta dall'Assicurato corredata da traduzione in lingua italiana, a totale carico dello stesso.

Art. 2.1.5: Forma "Mista"

La Compagnia paga direttamente alla struttura sanitaria convenzionata la componente di spesa indennizzabile a termini di polizza relativa alla struttura sanitaria, al netto di scoperti e/o franchigie indicati nel Certificato di Polizza, che rimangono a carico dell'Assicurato. L'Assicurato, invece, sostiene in proprio la componente di spesa relativa ai medici o professionisti abilitati non convenzionati richiedendone successivamente il rimborso alla Compagnia.

Tutte le spese indennizzabili a termini di polizza vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di scoperti e/o franchigie indicati nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia, che rimangono a suo carico.

Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private) convenzionate con MyAssistance e medici chirurghi o professionisti abilitati (anche in regime di intramoenia) non convenzionati.

Art. 2.1.6 Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extra ricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate sulla base dei limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di assicurazione e secondo le modalità indicate ai precedenti punti "forma diretta", "forma indiretta" e "forma mista". Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all'originale.

Art 2.1.7 Pagamento dell'indennizzo e Richiesta di rimborso tramite upload

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, entro 30 giorni dalla data di presentazione della documentazione completa richiesta dalla Società.

Il pagamento delle richieste di rimborso avverrà solo tramite bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN fornite dall'Assicurato. Le liquidazioni dei danni vengono effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

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

L'Assicurato, in possesso delle credenziali (login e password), potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.myassistance.it.

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Società si riserva di effettuare, con i medici e con le strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza.

Art 2.1.8 Gestione della documentazione di spesa

- Prestazioni in strutture sanitarie Convenzionate con la Società:

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

- Prestazioni in strutture sanitarie Non Convenzionate con la Società:

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – si restituirà all'Assicurato, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede a mettere a disposizione degli interessati, per il tramite della propria AREA RISERVATA:

un riepilogo delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e valutate nel corso del mese;

un riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

GLOSSARIO

CONDIZIONI GENERALI DEL
CONTRATTO

SEZIONE GARANZIA GRANDI INTERVENTI
CHIRURGICI

SEZIONE GARANZIA NON
AUTOSUFFICIENZA

SEZIONE GARANZIA NON AUTOSUFFICIENZA

Art 2.2.1 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione copre il rischio di non autosufficienza per invalidità grave a seguito di infortunio, malattia o longevità dell'assicurato.

A seguito del verificarsi dello stato di non autosufficienza, all'assicurato verrà riconosciuta un'indennità forfettaria mensile pari ad Euro 1.000,00.

L'indennità risarcitoria erogata all'assicurato (si precisa che vien prestata solo all'assicurato capo famiglia) verrà prestata per la durata della non autosufficienza con un limite temporale massimo di 3 anni; oltre il suddetto termine null'altro potrà esser riconosciuto all'assicurato.

Le prestazioni assicurate devono intendersi calcolate sulla base dell'ammontare del premio, conseguentemente non potranno subire successive modifiche e rivalutazioni.

Il pagamento della prestazione assicurativa verrà sempre interrotta qualora l'Assicurato dovesse recuperare lo stato di autosufficienza.

Art. 2.2.2 Definizione dello stato di non autosufficienza

Ai sensi della presente Polizza, è considerato in stato di non autosufficienza, l'Assicurato che, a causa di una malattia, di infortunio o per longevità, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale - presumibilmente in modo permanente - da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 3 su 4 delle attività ordinarie della vita quotidiana indicate all'Art.2.2.3, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

Il livello di non autosufficienza è accertato da un medico e, al fine dell'accertamento, verranno seguite le procedure previste dai successivi Articoli 2.2.5 – 2.2.7 e 2.2.8

Ai sensi della presente Polizza, è considerato in stato di non autosufficienza l'Assicurato affetto da morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici (test MMS di Folstein con punteggio inferiore a 15), tali da giustificare l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana.

Art. 2.2.3 Attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL)

Per attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL) si intendono:

Lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale senza l'assistenza di una terza persona.

Nutrirsi: capacità di mangiare e bere, senza l'assistenza di una terza persona.

Muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi senza l'assistenza di una terza persona.

Vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti senza l'assistenza di una terza persona.

NORME IN CASO DI SINISTRO

La denuncia del sinistro deve essere presentata alla Società assicurativa o al Broker affidatario del contratto così come meglio spiegato sotto e secondo le modalità da esso previste entro 10 giorni da quando l'Assicurato ne ha avuto conoscenza.

La denuncia deve essere corredata da referto medico attestante la natura della malattia.

L'Assicurato deve inoltre produrre copia della cartella clinica.

La documentazione sanitaria deve sempre contenere la diagnosi o presunta diagnosi.

L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso; devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della copia della cartella clinica e ulteriore documentazione utile richiesta dalla Società.

Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

Colui che richiede l'indennizzo deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto.

Se dolosamente non viene adempiuto agli obblighi previsti dal presente articolo, l'Assicurato perde il diritto all'indennizzo; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 2.2.4 Obblighi dell'Assicurato

Da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi dell'art. Art. 2.2 – “Definizione dello stato di non autosufficienza”, l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare o che comunque si occupi dello stesso, al fine di avviare le procedure di accertamento del sinistro deve:

GLOSSARIO

CONDIZIONI GENERALI DEL
CONTRATTO

SEZIONE GARANZIA GRANDI INTERVENTI
CHIRURGICI

SEZIONE GARANZIA NON
AUTOSUFFICIENZA

1. Comunicare per iscritto il verificarsi dell'evento alla Contraente, che a sua volta informerà la Società, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento mediante PEC e lettera raccomandata con ricevuta di ritorno;
2. produrre tutta la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
3. sottoporsi anche in fase di ricovero a eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società o da suoi incaricati, fornendo alla stessa ogni informazione;
4. fornire delega scritta alla Società al fine di poter verificare l'esistenza in vita dell'Assicurato;
5. fornire certificato del medico curante o medico ospedaliero che documenti lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, precisando la data di inizio e la causa che lo ha determinato;
6. in caso di perdita delle capacità cognitive, fornire gli esiti di un accertamento diagnostico comprendente l'esito di un test di valutazione delle funzioni cognitive (ad esempio il test di MMS di Folstein).

 **Avvertenza** Le spese relative ai certificati medici e/o altra documentazione medica richieste dalla Società o dai suoi incaricati sono a carico dell'Assicurato.

Art. 2.2.5 Fase d'istruttoria

Al fine del riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società così come previsto dall' Art. 2.2-Definizione dello stato di non autosufficienza", la stessa si impegna a rispettare le seguenti procedure di gestione.

Tempistiche di gestione:

- Entro 20 giorni dal ricevimento della denuncia da parte dell'Assicurato ovvero da parte di un suo rappresentante allo scopo delegato, la Società invia il questionario da compilare e la richiesta di ulteriore documentazione medica ove necessario;
- Entro 60 giorni dal ricevimento del questionario e della documentazione medica esaustiva la Società, ove lo ritenga necessario, si impegna a sottoporre l'Assicurato a visita;
- Entro 120 giorni dal ricevimento del questionario, indipendentemente dal fatto che sia stata o no richiesta la visita, la Società si impegna a dare riscontro all'Assicurato, in merito al riconoscimento o meno della non autosufficienza

Art. 2.2.6 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza

La Società provvederà a formalizzare per iscritto all'Assicurato, o alla persona che lo rappresenta, il riconoscimento dello stato di non autosufficienza entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

Durante la fase di accertamento, la Società si riserva il diritto di accertare lo stato di non autosufficienza con propri medici fiduciari, i cui costi saranno a suo totale carico.

Nel caso di rifiuto del riconoscimento dello stato di non autosufficienza, ogni nuova richiesta formulata dall'Assicurato dovrà essere effettuata non prima del termine di un minimo di tre mesi a decorrere dalla data di notifica del rifiuto, con riserva di presentare nuovi elementi attestanti lo stato di non autosufficienza.

Art. 2.2.7 Erogazione delle prestazioni

L'indennità forfettaria pagabile con rateazione mensile anticipata (corrisposta per il periodo di cui all'opzione prescelta) verranno erogate trascorsi 90 giorni dalla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

La Società, unitamente alla comunicazione con cui dichiara lo stato di non autosufficienza, richiederà all'Assicurato o al suo rappresentante, le coordinate bancarie sulle quale procedere al pagamento di quanto dovuto.

Art. 2.2.8 Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

La Società o il terzo incaricato si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, anche successivamente all'accertamento dello stato di non autosufficienza come previsto all'esito delle procedure indicate nell'art.5.3 a un controllo dello stato di salute dell'Assicurato e di farlo visitare da un medico; può inoltre richiedere tutti i documenti necessari a comprovare il suo effettivo stato di salute.

In caso di rifiuto dell'Assicurato di sottoporsi ai controlli necessari o di fornire la documentazione richiesta, il pagamento della indennità forfettaria mensile è sospeso.

Se l'Assicurato non ha più i requisiti per il riconoscimento della prestazione, l'erogazione della indennità forfettaria mensile viene sospesa dal momento in cui è stata recuperata l'autosufficienza.

L'Assicurato deve comunicare alla Società il recupero della sua autonomia.

Ogni dodici (12) mesi l'Assicurato sarà tenuto a indirizzare alla Società un documento che attesti l'esistenza in vita dell'Assicurato. In caso di decesso dell'Assicurato, i suoi eredi e/o aventi diritti sono tenuti a comunicarlo alla Società entro i trenta giorni dalla data di decesso.

Art. 2.2.9 Beneficiario della prestazione assicurativa

Il beneficiario della prestazione assicurativa è il solo assicurato

GLOSSARIO

CONDIZIONI GENERALI DEL
CONTRATTO

SEZIONE GARANZIA GRANDI INTERVENTI
CHIRURGICI

SEZIONE GARANZIA NON
AUTOSUFFICIENZA

QUADRI SINOTTICI

ALLEGATO 1

Opzione 1

GARANZIE	CONDIZIONI	LIMITI
Ospedaliere		
Grande Intervento Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" quelli definiti nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992 (All.3). Sono altresì ricomprese le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), gli esami, le analisi di laboratorio, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le prestazioni chirurgiche e infermieristiche, le terapie effettuati nei 150 gg precedenti/successivi l'inizio o il termine del ricovero, del Day Surgery o dell'Intervento Chirurgico Ambulatoriale purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo/precedente ricovero o intervento chirurgico.	Massimale	Euro 100.000
	In rete	rimborso al 100%
	Fuori rete	Scoperto 10% - minimo Euro 500
	Spese pre/post	150/150 gg.

QUADRI SINOTTICI

ALLEGATO 1

Opzione 2

GARANZIE	CONDIZIONI	LIMITI
Ospedaliere		
Grande Intervento Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" quelli definiti nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992 (All.3). Sono altresì ricomprese le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), gli esami, le analisi di laboratorio, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le prestazioni chirurgiche e infermieristiche, le terapie effettuati nei 150 gg precedenti/successivi l'inizio o il termine del ricovero, del Day Surgery o dell'Intervento Chirurgico Ambulatoriale purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo/precedente ricovero o intervento chirurgico.	Massimale	Euro 150.000
	In rete	rimborso al 100%
	Fuori rete	Scoperto 10% - minimo Euro 500
	Spese pre/post	150/150 gg.

QUADRI SINOTTICI

ALLEGATO 1

Opzione 3

GARANZIE	CONDIZIONI	LIMITI
Ospedaliere		
Grande Intervento Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" quelli definiti nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992 (All.3). Sono altresì ricomprese le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), gli esami, le analisi di laboratorio, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le prestazioni chirurgiche e infermieristiche, le terapie effettuati nei 150 gg precedenti/successivi l'inizio o il termine del ricovero, del Day Surgery o dell'Intervento Chirurgico Ambulatoriale purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo/precedente ricovero o intervento chirurgico.	Massimale	Euro 200.000
	In rete	rimborso al 100%
	Fuori rete	Scoperto 10% - minimo Euro 500
	Spese pre/post	150/150 gg.

ALLEGATO 2 GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	
Cardiochirurgia	
	BYPASS AORTO CORONARICI MULTIPLI (C.E.C.)
	BYPASS AORTO CORONARICO SINGOLO (C.E.C.)
	CARDIOCHIRURGIA A CUORE APERTO, IN ETÀ ADULTA O NEONATALE, COMPRESI ANEURISMI O SOSTITUZIONI VALVOLARI MULTIPLE O SOSTITUZIONE AORTICA O PLASTICA DELL'AORTA (C.E.C.), SALVO GLI INTERVENTI SPECIFICATI
	COMMISUROTOMIA PER STENOSI MITRALICA
	FERITE O CORPI ESTRANEI O TUMORI DEL CUORE O PER TAMPONAMENTO, INTERVENTI PER
	FISTOLE ARTEROVENESE DEL POLMONE, INTERVENTI PER
	MASSAGGIO CARDIACO INTERNO
	PERICARDIECTOMIA PARZIALE
	PERICARDIECTOMIA TOTALE
	REINTERVENTO CON RIPRISTINO DI C.E.C.
	SEZIONE O LEGATURA DEL DOTTO ARTERIOSO DI BOTALLO
	SOSTITUZIONE VALVOLARE IN HEART PORT
	SOSTITUZIONE VALVOLARE SINGOLA (C.E.C.)
	SOSTITUZIONI VALVOLARI CON BY-PASS AORTO CORONARICI (C.E.C.)
	TRAPIANTO CARDIACO (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
	VALVULOPLASTICA CARDIOCHIRURGICA
Cardiologia interventistica	
	ANGIOPLASTICA CORONARICA VASO SINGOLO CON O SENZA TROMBOLISI COMPRESIVO DI EVENTUALE STAND-BY CARDIOCHIRURGICO ED EVENTUALE APPLICAZIONE DI STENTS
	ANGIOPLASTICA CORONARICA VASI MULTIPLI CON O SENZA TROMBOLISI COMPRESIVO DI EVENTUALE STAND-BY CARDIOCHIRURGICO ED EVENTUALE APPLICAZIONE DI STENTS
Chirurgia della mammella	
<i>Per gli interventi di chirurgia demolitiva è compresa la ricostruzione plastica mammaria (escluse protesi). L'intervento chirurgico di posizionamento o sostituzione di protesi mammaria è riconosciuto solo a seguito di chirurgia demolitiva per neoplasia. Sono escluse le prestazioni con finalità estetiche.</i>	
	MASTECTOMIA RADICALE, QUALSIASI TECNICA, CON LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	MASTECTOMIA SEMPLICE TOTALE CON EVENTUALI LINFOADENECTOMIE
	MASTECTOMIA SOTTOCUTANEA
	QUADRANTECTOMIA CON RICERCA ED ASPORTAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA E LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	QUADRANTECTOMIA CON RICERCA ED ASPORTAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA (COMPRESA PRESTAZIONE DEL MEDICO NUCLEARE/RADIOLOGO), SENZA ALTRE LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	QUADRANTECTOMIA SENZA LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	TUMORECTOMIA O QUADRANTECTOMIA CON RESEZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA E LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
Chirurgia generale	
Interventi chirurgici minori	
<i>Tumori superficiali: neoplasie soprafasciali. Tumori profondi: neoplasie sottofasciali. Tumori profondi extracavitari: tumore del muscolo scheletrico, tumore o lesione similtumorale fibrosa.</i>	
	TUMORE PROFONDO MALIGNO TRONCO/ARTI, ASPORTAZIONE DI
Collo	
	PARATIROIDI - TRATTAMENTO COMPLETO, INTERVENTO SULLE
	PARATIROIDI, REINTERVENTI
	TIROIDECTOMIA TOTALE, O TOTALIZZAZIONE DI TIROIDECTOMIA, QUALSIASI VIA DI ACCESSO, SENZA SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE
	TIROIDECTOMIA TOTALE PER GOZZO MEDIASTINICO, INTERVENTO PER
	TIROIDECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE
	TIROIDECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE BILATERALE
	TUMORE MALIGNO DEL COLLO, ASPORTAZIONE DI (ESCLUSO I CASI DESCRITTI)
Esofago	
	DIVERTICOLI DELL'ESOFAGO CERVICALE (COMPRESA MIOTOMIA), INTERVENTO PER
	ESOFAGECTOMIA TOTALE CON ESOFAGOPLASTICA, IN UN TEMPO, COMPRESA LINFOADENECTOMIA
	ESOFAGO CERVICALE, RESEZIONE DELL', CON ESOFAGOSTOMIA
	ESOFAGO, RESEZIONE PARZIALE DELL', CON ESOFAGOSTOMIA
	ESOFAGO-GASTRECTOMIA TOTALE, PER VIA TORACO-LAPAROTOMICA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	MEGAESOFAGO, INTERVENTO PER
	MEGAESOFAGO, REINTERVENTO PER
	VARICI ESOFAGEE: INTERVENTO TRANSTORACICO O ADDOMINALE
Stomaco - Duodeno	
	FISTOLA GASTRO-DIGIUNO-COLICA, INTERVENTO PER
	GASTRECTOMIA PARZIALE O SUBTOTALE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA)
	GASTRECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA ANCHE ESTESA
	GASTRECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA ESTESA CON SPLENOPANCREASECTOMIA SINISTRA ASSOCIATA
	GASTRECTOMIA TOTALE PER PATOLOGIA BENIGNA
	RESEZIONE GASTRO DUODENALE
	RESEZIONE GASTRO-DIGIUNALE PER ULCERA PEPTICA ANASTOMOTICA
	VARICI GASTRICHE (EMOSTASI CHIRURGICA)
Intestino: Digiuno - Ileo - Colon - Retto - Ano	
<i>Trattamenti terapeutici iniettivi: trattamento con tossina botulinica per le ragadi anali e trattamento con sclerosanti per le emorroidi.</i>	

	AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE SEC. MILES, TRATTAMENTO COMPLETO
	ANO PRETERNATURALE, CHIUSURA, RICOSTRUZIONE CONTINUITÀ
	ANOPLASTICA (COME UNICO INTERVENTO)
	BY-PASS GASTRO INTESTINALI O INTESTINALI PER PATOLOGIE MALIGNHE
	COLECTOMIA SEGMENTARIA CON LINFOADENECTOMIA ED EVENTUALE COLOSTOMIA
	COLECTOMIA TOTALE (COMPRESA EVENTUALE STOMIA)
	COLECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA (COMPRESA EVENTUALE STOMIA)
	EMICOLECTOMIA DESTRA CON LINFOADENECTOMIE
	EMICOLECTOMIA SINISTRA CON LINFOADENECTOMIE ED EVENTUALE COLOSTOMIA (HARTMANN ED ALTRE)
	MEGACOLON, INTERVENTO PER
	MEGACOLON: COLOSTOMIA
	PROCTO-COLECTOMIA TOTALE CON POUCH ILEALE
	RESEZIONE DEL SIGMA-RETTO PER PATOLOGIA MALIGNA CON EVENTUALI LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	RESEZIONE RETTO-COLICA ANTERIORE (ANCHE ULTRA BASSA) COMPRESA LINFOADENECTOMIA ED EVENTUALE COLONSTOMIA
	RETTO, AMPUTAZIONE DEL, PER NEOPLASIA DELL'ANO, COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA INGUINALE BILATERALE
	TUMORE MALIGNO DEL RETTO, PER VIA TRANS-ANALE O CON MICROCHIRURGIA ENDOSCOPICA TRANS-ANALE (TEM), ASPORTAZIONE DI
Peritoneo	
	OCCLUSIONE INTESTINALE CON RESEZIONE
Fegato e vie biliari	
	ANASTOMOSI PORTO-CAVA O SPLENO-RENALE O MESENTERICA-CAVA
	COLECISTOSTOMIA PER NEOPLASIE NON RESECABILI
	COLEDOCO/EPATICO/DIGIUNO/DUODENOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA
	COLEDOCO-EPATICO DIGIUNOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA
	COLEDOCO-EPATICO DUODENOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA
	DEARTERIALIZZAZIONE EPATICA, CON O SENZA CHEMIOTERAPIA
	DECONNESSIONE AZYGOS-PORTALE PER VIA ADDOMINALE
	PAPILLA DI VATER, EXERESI
	PAPILLA DI VATER, AMPULLECTOMIA PER CANCRO CON REIMPIANTO DEL DOTTO DI WIRSUNG E COLEDOCO
	RESEZIONI EPATICHE MAGGIORI
	RESEZIONI EPATICHE MINORI
	TERMOABLAZIONE CON RADIOFREQUENZA DI TUMORI EPATICI, QUALSIASI VIA DI ACCESSO
	TRAPIANTO DI FEGATO (OMNICOMPRESIVO DI SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Pancreas - Milza	
	CEFALO DUODENO PANCREASECTOMIA COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	DERIVAZIONI PANCREATICO-WIRSUNG DIGESTIVE
	NEOPLASIE DEL PANCREAS ENDOCRINO, INTERVENTI PER
	PANCREATECTOMIA SINISTRA COMPRESA SPLENECTOMIA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	PANCREATECTOMIA TOTALE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA)
	SPLENECTOMIA
	TRAPIANTO DI PANCREAS (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Chirurgia oro-maxillo-facciale	
	FRATTURA ZIGOMO, ORBITA, TERAPIA CHIRURGICA PER
	FRATTURE DEI MASCELLARI, TERAPIA CHIRURGICA DI
	FRATTURE DEL SENO FRONTALE, TERAPIA CHIRURGICA DI
	FRATTURE DELLA MANDIBOLA E DEL CONDILO, TERAPIA CHIRURGICA DELLE (COMPRESA L'EVENTUALE FISSAZIONE CON FERULE)
	FRATTURE MANDIBOLARI, RIDUZIONE CON FERULE
	GHIANDOLA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE PER NEOPLASIE MALIGNHE, COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	LINGUA E PAVIMENTO ORALE, INTERVENTO PER TUMORI MALIGNI CON SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE FUNZIONALE O RADICALE
	LINGUA E PAVIMENTO ORALE, INTERVENTO PER TUMORI MALIGNI SENZA SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE
	MALFORMAZIONI DENTO-MAXILLO-FACCIALI DELLA MANDIBOLA E DELLA MASCELLA (PROGENISMO, MICROGENIA, PROGNATISMO, MICROGNATIA, LATERODEVIAZIONI MANDIBOLARI, ETC.), COMPRESA MENTOPLASTICA SUL MASCELLARE SUPERIORE O SULLA MANDIBOLA
	MANDIBOLA, RESEZIONE PARZIALE PER NEOPLASIA DELLA, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE MONOLATERALE
	MANDIBOLA, RESEZIONE PARZIALE PER NEOPLASIA DELLA, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE BILATERALE
	MASCELLARE SUPERIORE PER NEOPLASIE, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE MONOLATERALE, RESEZIONE DEL
	MASCELLARE SUPERIORE PER NEOPLASIE, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE BILATERALE, RESEZIONE DEL
	MASSICCIO FACCIALE, OPERAZIONE DEMOLITRICE PER TUMORI CON SVUOTAMENTO ORBITARIO
	NEOPLASIE MALIGNHE DEL LABBRO/GUANCIA CON SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE DI
	NEOPLASIE MALIGNHE DEL LABBRO/GUANCIA SENZA SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE DI
	NEOPLASIE MALIGNHE LIMITATE DEL LABBRO O DEI TESSUTI MOLLI DELLA CAVITÀ ORALE, ASPORTAZIONE DI
	PARALISI DINAMICA O STATICA DEL NERVO FACCIALE, PLASTICA PER
	PAROTIDECTOMIA PARZIALE CON EVENTUALE RISPARMIO DEL NERVO FACCIALE
	PAROTIDECTOMIA TOTALE O SUB-TOTALE
Chirurgia pediatrica	
	ASPORTAZIONE TUMORE DI WILMS
	ATRESIA DELL'ANO CON FISTOLA RETTO-URETRALE, RETTO-VULVARE: ABBASSAMENTO ADDOMINO PERINEALE
	ATRESIA DELL'ANO SEMPLICE: ABBASSAMENTO ADDOMINO-PERINEALE

	ESOFAGO, ATRESIA O FISTOLE CONGENITE DELL'
	FISTOLA E CISTI DELL'OMBELICO: DAL CANALE ONFALOMESENTERICO CON RESEZIONE INTESTINALE
Chirurgia plastica ricostruttiva	
	<i>Tumori superficiali: neoformazioni soprafasciali; Tumori profondi: neoformazioni sottofasciali. Non sono considerate come prestazioni rimborsabili, i trattamenti laser e/o chirurgici delle teleangectasie, angiomi rubini, spider nevi ed analoghi. Sono escluse le prestazioni con finalità estetiche.</i>
	APLASIA DELLA VAGINA, RICOSTRUZIONE PER
	INTERVENTO DI PUSH-BACK E FARINGOPLASTICA
	MALFORMAZIONI COMPLESSE DELLE MANI E DEI PIEDI
	STATI INTERSESSUALI, CHIRURGIA DEGLI
	TRASFERIMENTO DI LEMBO LIBERO MICROVASCOLARE
Chirurgia toraco-polmonare	
	BILOBECTOMIA, INTERVENTO DI (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	DECORTICAZIONE PLEURO POLMONARE, INTERVENTO DI
	FERITA TORACO-ADDOMINALE CON LESIONI VISCERALI
	FISTOLE DEL MONCONE BRONCHIALE DOPO EXERESI O INTERVENTI ASSIMILABILI, INTERVENTO PER
	FISTOLE ESOFAGO-BRONCHIALI, INTERVENTI DI
	LINFOADENECTOMIA MEDIASTINICA (COME UNICO INTERVENTO)
	NEOPLASIE MALIGNI COSTE E/O STERNO (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	NEOPLASIE MALIGNI DEL DIAFRAMMA (COME FASE DI INTERVENTO PRINCIPALE)
	NEOPLASIE MALIGNI DELLA TRACHEA (COMPRESA PLASTICA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	NEOPLASIE MALIGNI E/O CISTI DEL MEDIASTINO (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PLEURECTOMIE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PLEUROPLEURECTOMIA (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PNEUMECTOMIA, INTERVENTO DI (COMPRESA LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PNEUMECTOMIA CON RESEZIONE DI TRACHEA E ANASTOMOSI TRACHEO-BRONCHIALE
	RESEZIONE BRONCHIALE CON REIMPIANTO
	RESEZIONE SEGMENTARIA O LOBECTOMIA (COMPRESA EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)
	RESEZIONI POLMONARI SEGMENTARIE ATIPICHE SINGOLE O MULTIPLE (COMPRESA EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)
	RESEZIONI SEGMENTARIE TIPICHE (COMPRESA EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)
	TIMECTOMIA
	TORACOPLASTICA, PRIMO TEMPO
	TORACOPLASTICA, SECONDO TEMPO
	TRAPIANTO DI POLMONE (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Chirurgia vascolare	
	ANEURISMI AORTA ADDOMINALE O AORTA TORACICA + DISSECAZIONE: RESEZIONE E INNESTO PROTESICO (A CIELO APERTO)
	ANEURISMI ARTERIE DISTALI DEGLI ARTI, RESEZIONE E/O INNESTO PROTESICO (A CIELO APERTO)
	ANEURISMI, RESEZIONE E INNESTO PROTESICO: ARTERIE ILIACHE, FEMORALI, POPLITEE, OMERALI, ASCELLARI, GLUTEE, ARTERIE VISCERALI E TRONCHI SOVRAORTICI (A CIELO APERTO)
	BY-PASS AORTO-ANONIMA, AORTO-CAROTIDEO, CAROTIDO-SUCCLAVIO
	BY-PASS AORTO-ILIACO O AORTO-FEMORALE
	BY-PASS AORTO-RENALE O AORTO-MESENTERICO O CELIACO ED EVENTUALE TEA E PLASTICA VASALE
	TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE DI ANEURISMI O ANEURISMI DISSECCANTI DELL'AORTA TORACICA
	TROMBOENDOARTERIECTOMIA E BY-PASS E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI
	TROMBOENDOARTERIECTOMIA E PATCH E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI
	TROMBOENDOARTERIECTOMIA E INNESTO PROTESICO E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI (QUALSIASI TECNICA)
Ginecologia	
	ISTERECTOMIA RADICALE PER VIA LAPAROTOMICA O VAGINALE CON LINFOADENECTOMIA PELVICA E/O LOMBOAORTICA, COMPRESA PLASTICA VAGINALE ANTERIORE E/O POSTERIORE
	TUMORI MALIGNI VAGINALI CON LINFOADENECTOMIA, INTERVENTO RADICALE PER
	TUMORI MALIGNI VAGINALI SENZA LINFOADENECTOMIA, INTERVENTO RADICALE PER
	VULVECTOMIA PARZIALE CON LINFOADENECTOMIA BILATERALE DIAGNOSTICA DEI LINFONODI INGUINALI SUPERFICIALI, INTERVENTO DI
	VULVECTOMIA RADICALE ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA INGUINALE E PELVICA, INTERVENTO DI
Neurochirurgia	
	<i>Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.</i>
	ANASTOMOSI VASI INTRA-EXTRA CRANICI
	CERNIERA ATLANTO-OCCIPITALE, INTERVENTO PER MALFORMAZIONI PER VIA ANTERIORE O POSTERIORE
	CORDOTOMIA, RIZOTOMIA E AFFEZIONI MIELORADICOLARI VARIE, INTERVENTI DI
	CRANIOPLASTICA
	CRANIOTOMIA PER EMATOMA EXTRADURALE
	CRANIOTOMIA PER LESIONI TRAUMATICHE INTRACEREBRALI
	CRANIOTOMIA PER TUMORI CEREBELLARI, ANCHE BASALI
	ENCEFALOMENINGOCELE, INTERVENTO PER
	EPILESSIA FOCALE, INTERVENTO PER
	ERNIA DEL DISCO INTERVERTEBRALE CERVICALE, MIELOPATIE, RADICULOPATIE
	IPOFISI, INTERVENTO PER ADENOMA PER VIA TRANSFENOIDALE
	LAMINECTOMIA PER TUMORI INTRA-DURALI EXTRA MIDOLLARI
	LAMINECTOMIA PER TUMORI INTRAMIDOLLARI
	MALFORMAZIONE ANEURISMATICA INTRACRANICA (ANEURISMI SACCOLARI, ANEURISMI CAROTIDEI, ALTRI ANEURISMI)
	MALFORMAZIONE ANEURISMATICA O ANGIOMATOSA CON COMPRESIONE RADICOLARE E/O MIDOLLARE
	NEOPLASIE ENDOCRANICHE, ASPORTAZIONE DI
	NEOPLASIE, CORDOTOMIE, RADICOTOMIE ED AFFEZIONI MENINGOMIDOLLARI, INTERVENTO ENDORACHIDEO

	PLESSO BRACHIALE, INTERVENTO SUL
	TRAUMI VERTEBRO-MIDOLLARI VIA ANTERIORE, INTERVENTO PER
	TUMORE ORBITALE, ASPORTAZIONE PER VIA ENDOCRANICA
	TUMORI DELLA BASE CRANICA, INTERVENTO PER VIA TRANSORALE
	TUMORI ORBITARI, INTERVENTO PER
Oculistica	
<i>Escluso qualsiasi intervento finalizzato ai trattamenti per la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, correzione della cornea.</i>	
Cornea	
	TRAPIANTO CORNEALE A TUTTO SPESSORE
	TRAPIANTO CORNEALE LAMELLARE
	TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI LIMBARI
	TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI LIMBARI COMBINATA CON APPOSIZIONE DI MEMBRANA AMNIOTICA
Ortopedia e traumatologia	
<i>Articolazioni: grandi (anca, ginocchio, spalla); medie (gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica); piccole (le restanti). Segmenti ossei: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti). Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.</i>	
Interventi cruenti	
	ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA ANTERIORE O SPONDILOLISTESI
	ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA POSTERIORE
	ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA POSTERIORE E ANTERIORE
	ARTRODESI: GRANDI ARTICOLAZIONI
	ARTRODESI: MEDIE ARTICOLAZIONI
	ARTROPLASTICHE: GRANDI (QUALSIASI MATERIALE)
	ARTROPLASTICHE: MEDIE (QUALSIASI MATERIALE)
	ARTROPLASTICHE: PICCOLE (QUALSIASI MATERIALE)
	ARTROPROTESI SPALLA, PARZIALE
	ARTROPROTESI SPALLA, TOTALE
	ARTROPROTESI: ANCA PARZIALE
	ARTROPROTESI: ANCA TOTALE
	ARTROPROTESI TOTALE D'ANCA, REVISIONE: INTERVENTO PER RIMOZIONE E RIPOSIZIONAMENTO ESEGUITO NELLO STESSO RICOVERO IN CUI È STATO ESEGUITO IL PRIMO INTERVENTO, COMPRESIVO DELL'INTERVENTO PRINCIPALE DI ARTROPROTESI D'ANCA TOTALE
	ARTROPROTESI TOTALE D'ANCA: INTERVENTO PER RIMOZIONE E RIPOSIZIONAMENTO ESEGUITO IN UN TEMPO SUCCESSIVO AL PRIMO RICOVERO
	ARTROPROTESI: GINOCCHIO
	ARTROPROTESI: GOMITO
	ARTROPROTESI: RIMOZIONE DI ARTROPROTESI SETTICA IN UN TEMPO SUCCESSIVO AL PRIMO INTERVENTO (PARZIALE O TOTALE) COME UNICO INTERVENTO
	COSTOLA CERVICALE E "OUTLET SYNDROME", INTERVENTO PER
	EMIPELVECTOMIA
	EMIPELVECTOMIE "INTERNE" CON SALVATAGGIO DELL'ARTO
	OSTEOSINTESI VERTEBRALE
	OSTEOTOMIA COMPLESSA (BACINO, VERTEBRALE)
	REIMPIANTI DI ARTO O SUO SEGMENTO
	RESEZIONE DEL SACRO
	RIDUZIONE CRUENTA E CONTENZIONE DI LUSSAZIONE TRAUMATICA DI COLONNA VERTEBRALE
	SPALLA, RESEZIONI COMPLETE SEC. TICKHOR-LIMBERG
	SVUOTAMENTO DI FOCOLAI METASTATICI ED ARMATURA CON SINTESI PIÙ CEMENTO
	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO (OMNICOMPRESIVO DI SERVIZI ED ATTI MEDICI)
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, GRANDI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, MEDI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, PICCOLI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, VERTEBRALI, ASPORTAZIONE DI
	UNCOFORAMINOTOMIA O VERTEBROTOMIA
Tendini - Muscoli - Aponeurosi - Nervi periferici	
	TRAPIANTI TENDINEI E MUSCOLARI O NERVOSI
Otorinolaringoiatria	
	NEOPLASIE DEL CONDOTTO, EXERESI
	NERVO VESTIBOLARE, SEZIONE DEL
	NEURINOMA DELL'OTTAVO PAIO
	STAPEDECTOMIA
	STAPEDOTOMIA
	TIMPANOPLASTICA CON MASTOIDECTOMIA
	TIMPANOPLASTICA SENZA MASTOIDECTOMIA
	TIMPANOPLASTICA, SECONDO TEMPO DI
	TUMORI DELL'ORECCHIO MEDIO, ASPORTAZIONE DI
Naso e seni paranasali	
<i>Escluse le prestazioni con finalità estetiche.</i>	
	TUMORI MALIGNI DEL NASO O DEI SENI, ASPORTAZIONE DI
Faringe - Cavo orale - Orofaringe	
	FARINGECTOMIA PARZIALE
	NEOPLASIE PARAFARINGEE

	TUMORE MALIGNO FARINGOTONSILLARE, ASPORTAZIONE DI VELOFARINGOPLASTICA
Laringe e Ipofaringe	
	CORDECTOMIA
	CORDECTOMIA CON IL LASER
	DIAFRAMMA LARINGEO, ESCISSIONE CON RICOSTRUZIONE PLASTICA
	EPIGLOTTIDECTOMIA
	LARINGECTOMIA PARZIALE
	LARINGECTOMIA PARZIALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE
	LARINGECTOMIA TOTALE SENZA SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE
	LARINGECTOMIA TOTALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE
	LARINGECTOMIA TOTALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE BILATERALE
	LARINGOFARINGECTOMIA TOTALE
Radiologia interventistica	
	<i>Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.</i>
	EMBOLIZZAZIONE MALFORMAZIONI E/O ANEURISMI E/O FISTOLE VASCOLARI CEREBRALI O TUMORI ENDOCRANICI
	POSIZIONAMENTO DI STENT CAROTIDEO CON SISTEMA DI PROTEZIONE CEREBRALE PER TRATTAMENTO STENOSI CAROTIDEE
	TIPS (SHUNT PORTO-SOVRAEPATICO)
Urologia - Atti chirurgici	
Rene	
	EMINEFRECTOMIA
	NEFRECTOMIA ALLARGATA PER TUMORE CON EVENTUALE TRATTAMENTO DI TROMBO CAVALE (COMPRESA SURRENECTOMIA)
	NEFRECTOMIA POLARE
	NEFRECTOMIA SEMPLICE
	NEFROURETERECTOMIA RADICALE CON LINFOADENECTOMIA PIÙ EVENTUALE SURRENECTOMIA, INTERVENTO DI
	NEFROURETERECTOMIA RADICALE (COMPRESA SURRENECTOMIA)
	SURRENECTOMIA
	TRAPIANTO DI RENE (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Uretere	
	MEGAURETERE, INTERVENTO PER RIMODELLAGGIO
Vescica	
	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON ILEO O COLOBLADDER
	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON NEOVESCICA RETTALE COMPRESA
	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON URETEROSIGMOIDOSTOMIA BILATERALE O URETEROCUTANEOSTOMIA
	VESCICA, PLASTICHE DI AMPLIAMENTO (COLON/ILEO)
	VESCICOPLASTICA ANTIREFLUSSO BILATERALE
	VESCICOPLASTICA ANTIREFLUSSO UNILATERALE
Prostata	
	PROSTATECTOMIA RADICALE PER CARCINOMA CON LINFOADENECTOMIE, COMPRESA EVENTUALE LEGATURA DEI DEFERENTI (QUALSIASI ACCESSO E TECNICA)
Apparato genitale maschile	
	EMASCULATIO TOTALE ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	ORCHIECTOMIA ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA ADDOMINALE O RETROPERITONEALE MONOLATERALE
	ORCHIECTOMIA ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA ADDOMINALE O RETROPERITONEALE BILATERALE
	PENE, AMPUTAZIONE TOTALE CON LINFOADENECTOMIA

Richiesta di Adesione alla Polizza Collettiva N. 200.059

AVVERTENZA – PRIMA DELL'ADESIONE AL CONTRATTO SI INFORMA L'ADERENTE/ASSICURATO DEL DIRITTO DI RICEVERE L'INFORMATIVA PRECONTRATTUALE DELLA POLIZZA COLLETTIVA.

DATI DELL'ADERENTE/ASSICURATO							
Cognome				Nome			
Indirizzo			Località		Provincia	CAP	
Data di nascita	Luogo di nascita		Provincia	Codice Fiscale			
Professione		Documento					
		Tipo	Numero	Data e luogo di emissione			

Decorrenza, scadenza e durata della polizza							
Decorrenza	Dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese dalla data di sottoscrizione del modulo di adesione	Scadenza	Un anno dalla data di decorrenza	Rateazione	annuale	Durata	1 anno
Forma							
SINGLE <input type="checkbox"/>		NUCLEO <input type="checkbox"/>					
Opzioni di prodotto							

Si precisa altresì che per gli assicurati di età pari a 75 anni verrà richiesta la sottoscrizione del Questionario di Buona Salute, non solo in fase di sottoscrizione del contratto, ma anche in fase di rinnovo della polizza, qualora l'assicurato abbia compiuto 75 anni in corso di copertura.

Grandi Interventi Chirurgici

Opzione	Massimale Grandi Interventi Chirurgici
1	100.000 Euro
2	150.000 Euro
3	200.000 Euro

Costi e scelta dell'opzione

Opzione	SINGLE	Premio annuo lordo per single (*)	NUCLEO	Premio annuo lordo per nucleo (*)
1	<input type="checkbox"/>	110,00 Euro	<input type="checkbox"/>	200,00 Euro
2	<input type="checkbox"/>	145,00 Euro	<input type="checkbox"/>	275,00 Euro
3	<input type="checkbox"/>	200,00 Euro	<input type="checkbox"/>	385,00 Euro

NON autosufficienza

In abbinamento alla copertura **Grandi Interventi Chirurgici SOLO** per il solo capofamiglia viene garantita la copertura

Ammontare dell'indennità	Periodo massimo di erogazione
Euro 1.000,00	Indennità mensile per tutta la durata massimo di anni 3 nello stato di non autosufficienza

ELENCO ASSICURATI				
COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	GRADO PARENTELA

INFORMATIVA COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

*Sul Premio vengono applicati i seguenti costi, a carico dell'Aderente/Assicurato:
Quota parte sui costi effettivamente percepita per l'intermediazione 40%*

PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Periodicità di pagamento del Premio	• Premio unico anticipato
Mezzi di Pagamento del Premio	• Bonifico bancario / Assegno bancario

REVOCA DELLA RICHIESTA DI ADESIONE E DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

- La Richiesta di Adesione alla Polizza Collettiva è revocabile dall'Aderente/Assicurato sino alla Data di Decorrenza del Contratto.
- L'Aderente/Assicurato ha diritto di recedere dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza, con diritto alla restituzione del Premio pagato e non goduto (al netto delle imposte);
- La revoca ed il recesso devono essere comunicati per iscritto alla Compagnia, anche per il tramite della Contraente, mediante lettera raccomandata inviata a: **Harmonie Mutuelle Italia Via Papa Leone XIII n.14 – Milano**

IL CONTRAENTE DICHIARA

- di essere a conoscenza che in caso di mancato assenso da parte della Compagnia all'adesione alla Polizza Collettiva, solo in caso di sottoscrizione del Questionario Anamnestico per persone con età pari o superiore a 75 anni, le coperture richieste non saranno attivate;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Compagnia, sono veritiere, precise e complete;
- di esser stato avvertito che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese alla contraente possono compromettere il diritto alla prestazione oltre che, la copertura ed il relativo premio, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
- di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, della Compagnia;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono avermi curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Compagnia volesse rivolgersi per informazioni;
- di essere a conoscenza dei termini e delle modalità di pagamento del premio di assicurazione;
- di esser stato informato che qualsiasi comunicazione con la Compagnia dovrà essere effettuata nelle modalità previste nelle condizioni generali di assicurazione;
- di conoscere e acconsentire al fatto che le comunicazioni in corso di contratto potranno avvenire anche mediante l'utilizzo di comunicazione a distanza (e.mail/ Pec/ Fax);

Luogo e Data

FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO

APPROVAZIONE SPECIFICA CLAUSOLE VESSATORIE

Ai sensi dell'art. 1341 e 1342 del Codice Civile, la Contraente dichiara di approvare espressamente le seguenti disposizioni previste nelle Condizioni di Assicurazione allegate al Set informativo: Art 1.1 Prestazioni assicurate; Art 1.2 Esclusioni; Art. 1.3. Limiti d'Età – persone non assicurabili; Art 1.4 Limiti Territoriali; Art 1.5 Periodo di carenza; Art 1.6 Tacito rinnovo del contratto; Art 1.7 Recesso Anticipato dell'Assicurato; Art 1.8. Recesso in caso di Sinistro (a valere per la sezione GARAZIA NON AUTOSUFFICIENZA); Art 1.9 Anticipata risoluzione del contratto (a valere per la sezione GARAZIA NON AUTOSUFFICIENZA) Art 1.10 Forma delle comunicazioni; Art 1.11 Variazioni di rischio, Art 1.15 Assicurazioni per conto altrui; Art 1.17 Altre assicurazioni; ; Art 1.18 Identificazione delle persone assicurate , Art 1.19 Determinazione del premio; Art. 1.22 Collegio medico; Art 1.23 Foro competente Art 1.24 Reclami; Art. 2.1.2 Denuncia del danno e obblighi Assicurato; Art 2.2.4 Obblighi dell'assicurato.

Luogo e Data

FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO

IO SOTTOSCRITTO ADERENTE/ASSICURATO

DICHIARO DI AVERE RICEVUTO E DI AVERNE PRESO PIENA VISIONE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE PROPOSTA, LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE PRE-CONTRATTUALE E CONTRATTUALE:

- Allegati 3 (Informativa sul distributore), 4 (Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non IBIP) e 4 ter (Elenco delle regole di comportamento del distributore, in caso di offerta fuori sede o in cui la fase precontrattuale si svolga con tecniche di comunicazione a distanza) di cui al Reg. IVASS 40/2018 e il Modulo di adesione.
- Set Informativo :Condizioni di Assicurazione (comprendente di Glossario); Richiesta di Adesione (fac-simile).

DICHIARO DI AVER LETTO, COMPRESO ED ACCETTATO LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Con l'apposizione della firma sotto, DICHIARO di voler aderire alla Polizza Collettiva e di voler attivare le coperture assicurative (a seconda dell'Opzione da me scelta), accettando integralmente le Condizioni di Assicurazione contenute nel Set Informativo.

Luogo e Data

FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (INCLUSI QUELLI SULLO STATO DI SALUTE)

L'Assicurato di polizza, dopo aver letto e compreso le finalità di trattamento dei dati da parte della Compagnia, dichiara di essere titolare del diritto al trattamento dei dati dei soggetti individuati in polizza e, che in qualità di Titolare del trattamento dei dati, come indicato nelle Informazioni sul Trattamento dei dati personali, contenute all'interno del Set Informativo precontrattuale ricevuto, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, in piena libertà, e ai fini dell'esecuzione del contratto di assicurazione, esprime il consenso: a) al trattamento dei propri dati personali, identificativi e sensibili - e di quelli delle persone incluse nel contratto assicurativo - ivi compresi quelli relativi allo stato di salute, funzionali al rapporto giuridico da concludere e/o in essere con la Compagnia; b) alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate nella predetta informativa o obbligatori per legge; c) al trasferimento degli stessi dati all'Estero come indicato nella predetta informativa (Paesi UE e Paesi extra UE). Il sottoscritto acconsente, si impegna e si assume l'onere di consegnare copia dell'informativa prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 2016/679), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati alla Compagnia.

ACCONSENSO / IAMO SI NO

Resta inteso che in caso di negazione del consenso non sarà possibile finalizzare il rapporto contrattuale.

Luogo e Data

FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO

INFORMATIVA MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA

DICHIARAZIONI DELLA CONTRAENTE:

PRENDO ATTO che la presente polizza di assicurazione prevede il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato/avente diritto a seguito di Malattia o Infortunio, fino alla concorrenza dei massimali previsti nel Quadri Sinottici allegati al set. Informativo.

RICONOSCO che le garanzie ivi richiamate posso essere soggette a esclusioni, limitazioni e a periodi di carenza e che in tali casi le garanzie potranno subire delle limitazioni o non verranno considerate operanti.

RICONOSCO che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno del giorno previsto in polizza a condizione che: a) sia stato sottoscritto il presente Modulo di Proposta Contrattuale; b) siano stati pagati i relativi Premi.

RICONOSCO che la polizza assicurativa è soggetta a tacito rinnovo fatto salvo recesso anticipato di una delle parti.

RICONOSCO che le condizioni di Assicurazione potranno essermi consegnate anche su supporto duraturo non cartaceo, tramite posta elettronica o con altro servizio di messaggistica elettronica ma che in qualunque momento avrò la facoltà di cambiare le richiamate modalità di trasmissione dati.

Data _____ Firma Contraente _____

AGLI EFFETTI DELLA VALIDITÀ DELLA SUDETTA POLIZZA DICHIARO ESPRESSAMENTE:

- a) Che gli assicurati sono in possesso dei requisiti d'assicurabilità previsti nel set informativo;
- b) Di essere a conoscenza dei termini e delle modalità di pagamento del premio di assicurazione;
- c) di esprimere il consenso alla stipula dell'assicurazione e di aver letto, approvato ed accettato le Condizioni Generali di Assicurazione riportate nel set informativo ricevuto;
- d) di aver ricevuto e di accettare l'Informativa sul trattamento dei dati personali e sulle tecniche di comunicazione a distanza resa dall'Impresa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 inserita nell'informativa precontrattuale;
- e) di avere ricevuto ex Reg. Ivass 41/18, prima della sottoscrizione alla presente Polizza collettiva e con le modalità di cui all'120-quater del Codice: copia integrale del set informativo, comprensivo del documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi, del documento informativo precontrattuale aggiuntivo, delle Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, del Modulo di proposta contrattuale ex art. 11 Reg. 41/18 e dell'Informativa privacy -
- f) di avere preso visione della Documentazione precontrattuale del Distributore di cui al Reg. IVASS 40/2018: Allegato 3 (Informativa sul Distributore); Allegato 4 (Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP); solo in caso di offerta fuori sede o nel caso in cui la fase precontrattuale si svolga mediante tecniche di comunicazione a distanza: Allegato 4-ter (Elenco delle regole di comportamento del Distributore);

Data _____

Firma Contraente _____

INFORMATIVA SUL DIRITTO DI RECESSO DELL'ASSICURATO

La contraente può recedere dall'Assicurazione entro 30 (trenta) giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva con effetto dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa. Il recesso dovrà essere effettuato mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da inviare al Contraente che ne darà comunicazione all'Impresa.

AVVERTENZA

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte di Harmonie Mutuelle, possono compromettere il diritto alla prestazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La contraente, preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 e 14 del codice in materia di protezione dei dati personali (Reg. EU 679/2016), acconsente al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

Data _____

Firma Contraente _____

APPROVAZIONE SPECIFICA CLAUSOLE VESSATORIE

Ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, l'assicurato dichiara di approvare espressamente le seguenti disposizioni previste nel Set informativo

Art 1.1 Prestazioni assicurate; Art 1.2 Esclusioni; Art. 1.3. Limiti d'Età – persone non assicurabili; Art 1.4 Limiti Territoriali; Art 1.5 Periodo di carenza; Art 1.6 Tacito rinnovo del contratto; Art 1.7 Recesso Anticipato dell'Assicurato; Art 1.8. Art. 1.8 Recesso in caso di Sinistro (a valere per la sezione GARAZIA NON AUTOSUFFICIENZA); Art Art. 1.9 Anticipata risoluzione del contratto (a valere per la sezione GARAZIA NON AUTOSUFFICIENZA) Art 1.10 Forma delle comunicazioni; Art 1.11 Variazioni di rischio, Art 1.15 Assicurazioni per conto altrui; Art 1.17 Altre assicurazioni; ; Art 1.18 Identificazione delle persone assicurate , Art 1.19 Determinazione del premio; Art. 1.22 Collegio medico; Art 1.23 Foro competente Art 1.24 Reclami; Art. 2.1.2 Denuncia del danno e obblighi Assicurato; Art 2.2.4 Obblighi dell'assicurato.

Data _____

Firma Contraente _____

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - (Art.13 e 14 Reg.EU 679/2016)

A far corso dal 25 Maggio 2018 è applicabile il Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali. La nostra Società in qualità di Titolare del trattamento, come prescritto dalla normativa europea per la tutela dei dati personali (Regolamento Europeo 679/2016), desidera informarla che, al fine di fornire i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti, i dati personali saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti:

1. Titolare del Trattamento

Il Titolare del trattamento, ovvero il soggetto cui spettano le decisioni riguardo alle finalità, modalità e sicurezza dei dati personali, è Harmonie Mutuelle, stabilimento italiano, Via Leone XIII, 14 20145 Milano, e-mail: privacy@harmoniemutuelleitalia.it

2. Responsabile per la protezione dei dati personali

Il Responsabile per la protezione dei dati, altresì noto con l'acronimo DPO, sorveglia il rispetto della normativa in materia di dati personali e coopera con l'autorità di controllo (il Garante per la Protezione dei Dati Personali). Il nostro responsabile per la protezione dei dati personali è raggiungibile:

- Per e-mail all'indirizzo dpo@harmoniemutuelleitalia.it;
- Per posta cartacea all'indirizzo Harmonie Mutuelle Italia, Att.ne Responsabile della Protezione dei Dati, Via Leone XIII, 14 20145 Milano;
- Fisicamente, previo appuntamento, presso gli uffici in Via Leone XIII, 14 20145 Milano.

3. Finalità e basi giuridiche del trattamento.

I dati personali che lei ci fornirà e che saranno raccolti nel corso dell'erogazione dei servizi da lei richiesti saranno trattati per le finalità e secondo le basi giuridiche di seguito indicate:

FINALITÀ <i>(Perché trattiamo i suoi dati)</i>	BASE GIURIDICA <i>(Sulla base di quale disposizione di legge li trattiamo.)</i>	CONSEGUENZE IN CASO DI RIFIUTO AL TRATTAMENTO <i>(Cosa accade se lei rifiuta di conferire i dati personali e/o di autorizzare il trattamento)</i>
Per espletare le attività contrattuali di cui alla legge 792/84, nella loro gestione ed esecuzione.	Limitatamente ai dati personali che non appartengono a categorie particolari (es. dati sulla salute): art. 6 par.1 lett. b) "il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte". Riguardo ai dati particolari: art. 9 par. 2 lett. a) "L'interessato ha prestato il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per le finalità specifiche indicate a lato".	Per quanto riguarda il trattamento dei dati non appartenenti a categorie particolari non occorre il consenso, mentre invece per il trattamento dei dati appartenenti a categorie particolari occorre l'esplicito consenso dell'assicurato. Nel caso in cui l'assicurato rifiuti di conferire i propri dati personali non sarà possibile dare esecuzione al contratto sottoscritto a suo favore. Qualora l'assicurato rifiutasse di prestare il consenso al trattamento dei dati particolari, poiché tali informazioni sono necessarie ai fini contrattuali, non sarà possibile procedere alla gestione dei sinistri. Infine, in caso di revoca del consenso al trattamento dei dati particolari da parte dell'assicurato, non si potrà proseguire il contratto nei suoi confronti.
Per svolgere gli adempimenti amministrativi, contabili, fiscali, antiriciclaggio relativi alle prestazioni di cui alla superiore finalità.	Limitatamente ai dati che non appartengono a categorie particolari (p.es. dati sulla salute); art. 6 par.1 lett. c) "il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento".	Non occorre il consenso, tuttavia se l'assicurato rifiuta di conferire i suoi dati personali essendo tali adempimenti necessari per legge non sarà possibile dare esecuzione al contratto sottoscritto a suo favore.
Per finalità di rilevazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche, promozione e vendita di servizi e/o prodotti svolte per posta o telefono, con sistemi anche automatizzati, e-mail, fax, messaggi preregistrati e SMS, ed analisi dei prodotti e servizi richiesti.	Art. 6 par. 1 lett. f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nel miglioramento dei servizi e nella promozione dei propri servizi".	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.
Per la gestione di eventuali reclami.	Art. 6 par. 1 lett. f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nella gestione della Procedura per la gestione dei reclami".	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.
Per la prevenzione delle frodi.	Art. 6 par. 1 lett. f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nel prevenire frodi assicurative".	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.

4. Destinatari e categorie di dati trattati.

I dati personali acquisiti alla sottoscrizione del contratto e nel corso della prestazione saranno trattati esclusivamente da personale all'uopo autorizzato da responsabili del trattamento all'uopo designati. Per la gestione di alcuni contratti, Harmonie Mutuelle, oltre che ai propri collaboratori, può affidarsi a collaboratori esterni e a società partner nonché a strutture sanitarie e professionisti del settore convenzionati e ripartiti su tutto il territorio italiano.

Oltre ai soggetti legittimati per legge, i dati personali dell'assicurato potranno essere comunicati esclusivamente a quei soggetti cui l'assicurato stesso ci autorizza. In particolare, per le finalità sotto espresse vengono effettuate le seguenti comunicazioni.

FINALITÀ	CATEGORIA DI DATI	DESTINATARI
Per lo svolgimento di attività connesse alla erogazione dei servizi oggetto del contratto.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Persone fisiche o giuridiche delle quali la società si avvale quali responsabili del trattamento.
Per la formulazione di pareri.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Medici legali, Consulenti Medici.
Per adempimenti connessi al rapporto assicurativo.	Identificativi, dati contrattuali.	Altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione.
Per la prevenzione di frodi o per la gestione di contenziosi.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Legali, investigatori e periti.
Per adempimenti connessi al rapporto assicurativo.	Identificativi, dati contrattuali.	Società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo.
Per soddisfare obblighi di legge.	Identificativi, dati contrattuali.	IVASS ed altre pubbliche amministrazioni, in particolare Agenzia delle Entrate.

5. Trasferimento all'estero

I dati personali dell'assicurato non sono trasferiti al di fuori dell'Unione Europea.

6. Periodo di conservazione dei dati personali e criteri utilizzati

I dati personali oggetto di trattamento sono raccolti in documenti la cui conservazione è stabilita coerentemente alle finalità di trattamento come sotto riepilogato.

CATEGORIE DI DOCUMENTI	CRITERI PER DETERMINARE LA DURATA DELLA CONSERVAZIONE
Documentazione contrattuale.	Sarà conservata per 10 anni a decorrere dalla data di cessazione del contratto, salvo proroghe dovute ad esempio all'esercizio del diritto di limitazione ovvero per contenziosi in corso.
Documentazione contabile e fiscale ed amministrativa.	Sarà conservata per 10 anni a decorrere dalla data di emissione del documento, salvo proroghe dovute per esempio a contenziosi in corso o proroghe dei termini di accertamento.

7. Diritti dell'interessato.

Il Regolamento riconosce all'assicurato i seguenti diritti che lei può esercitare nei confronti di e contro ciascun contitolare.

Un estratto completo degli articoli di legge che seguono è riportato in allegato.

- Diritto di accesso: L'art.15 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento dati che la riguarda ed in tal caso di ottenere l'accesso a tali dati.
- Diritto di rettifica: L'art. 16 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che la riguardano senza ingiustificato ritardo. Tenuto conto delle finalità del trattamento, l'interessato ha il diritto di ottenere l'integrazione dei dati personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa.
- Diritto di cancellazione: L'art. 17 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che la riguardano senza ingiustificato ritardo se sussiste uno dei motivi previsti dalla norma.
- Diritto di limitazione: L'art. 18 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dalla norma.
- Diritto di opposizione: L'art. 21 del Regolamento Europeo le consente di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che la riguardano ai sensi dell'articolo 6, paragrafo 1, lettere e) o f), compresa la profilazione sulla base di tali disposizioni.
- Diritto alla portabilità: L'art. 20 del Regolamento Europeo le consente di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che la riguardano forniti a un titolare del trattamento e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti secondo le condizioni previste dalla norma.
- Diritto di revoca del consenso: L'art. 7 del Regolamento Europeo le consente di revocare il consenso da lei prestato in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.
- Diritto di reclamo: L'art. 77 del Regolamento Europeo, qualora lei ritenga che il trattamento che la riguarda violi il regolamento, le riconosce il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui lei risiede abitualmente, lavora oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione.

8. Ulteriori informazioni

Un estratto completo degli articoli di legge sopra richiamati è disponibile presso l'Ufficio del DPO.

Tale ufficio potrà fornirle tutte le spiegazioni di cui lei avesse bisogno riguardo l'esercizio dei suoi diritti; le richieste possono essere inoltrate per iscritto, corredate da un documento valido di riconoscimento, presso Harmonie Mutuelle, all'attenzione dell'Ufficio del DPO.

9. Collaborazione

La protezione dei dati che riguardano l'assicurato e il rispetto dei principi previsti dalla normativa, con particolare riferimento al principio di trasparenza, sono per noi valori di primaria importanza; le saremo grati se vorrà aiutarci segnalandoci eventuali incomprensioni del presente documento ovvero suggerendoci miglioramenti presso i riferimenti del titolare come sopra indicato.

INFORMATIVA SULL'USO DELLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA PER LE INFORMAZIONI PRECONTRATTUALI E LA GESTIONE DEI CONTRATTI ASSICURATIVI

In conformità alla normativa vigente assicurativa, la nostra Società ha necessità di raccogliere il suo consenso ad inviarle, in formato elettronico ed al contatto da lei indicato in anagrafica, la documentazione e le comunicazioni, precontrattuali e contrattuali, previste dalla normativa e funzionali alla gestione dei servizi richiesti. In mancanza di tale consenso, le invieremo tali comunicazioni obbligatorie in formato cartaceo. Tale consenso fa riferimento a tutti i contratti stipulati con la nostra Compagnia e potrà da essere revocato liberamente in qualsiasi momento.

FACSIMILE DI RECLAMO ALL'IMPRESA

Harmonie Mutuelle Italia
Ufficio Reclami
Via Leone XIII, 14
20145 Milano –
e-mail:
ufficioreclami@harmoniemutuelleitalia.it

Reclamo relativo a: polizza n. xxx.xxx e/o sinistro n.del.....

Assicurato:

Il sottoscritto *(indicare nome, cognome, domicilio e recapito telefonico di colui che propone il reclamo sia che si tratti del soggetto direttamente interessato sia che si tratti di soggetto che agisce su incarico del reclamante*)*

reclama quanto segue

(descrivere il motivo del reclamo ossia la condotta o il servizio oggetto di lamentela e tutte le circostanze utili per la valutazione).

In relazione a quanto sopra chiede all'impresa di assicurazione in indirizzo di..... *(esplicitare le richieste che si vogliono proporre all'impresa ed eventuali argomentazioni a sostegno delle stesse).*

Si allega *(produrre la documentazione utile e necessaria a valutare la condotta o il servizio oggetto di lamentela).*

Si resta in attesa di riscontro entro 45 giorni dal prevedimento della presente
(Regolamento Isvap 24/08)

Data

Firma *(del soggetto che propone il reclamo)*

** In quest'ultimo caso è necessaria la controfirma del reclamo da parte del soggetto interessato per consentire l'immediata trattazione delle eventuali informazioni riservate della persona nel cui interesse si propone il reclamo.*