

**Fascicolo Informativo**

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE  
DEL RAMO DANNI**

**RIMBORSO SPESE  
MEDICHE**

( per iscritti UGL Ministeri )

**Il presente Fascicolo Informativo contenente:**

■ Informativa ex art.13  
del D.lgs.196 del 30/6/2003

■ Nota Informativa

■ Glossario

■ Condizioni di assicurazione

**deve essere consegnato al Contraente prima  
della sottoscrizione del contratto**

*Prima della sottoscrizione leggere  
attentamente la Nota Informativa*

in esclusiva per:

è un prodotto creato da:

**Nota Informativa** (Regolamento ISVAP 35/2010) pag. 2

---

**Informativa ex art.13 del D.Lgs. 30 Giugno 2003 n.196**

Trattamento dei dati personali per finalità assicurative pag. 11

---

Modalità d'uso dei dati personali pag. 12

---

Diritti dell'interessato pag. 13

---

**Glossario** pag. 14

---

**Condizioni generali di contratto** pag. 16

---

# Nota Informativa (Regolamento ISVAP 35/2010)

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

Anche se sono illustrate le caratteristiche essenziali del prodotto assicurativo, la presente Nota informativa non sostituisce le condizioni di polizza di cui il Contraente deve prendere visione prima della sottoscrizione del contratto.

## A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONI

### 1. Informazioni Generali

Vittoria Assicurazioni S.p.A. – Capogruppo del Gruppo Vittoria Assicurazioni

Sede e Direzione: Italia, 20153 Milano, Via Caldera n. 21

Telefono +39 02 48 21 91 - Fax +39 02 48 21 95 71

Sito web: [www.vittoriaassicurazioni.com](http://www.vittoriaassicurazioni.com)

Posta elettronica: [info@vittoriaassicurazioni.it](mailto:info@vittoriaassicurazioni.it)

Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L n. 966 del 29/4/1923 e del successivo decreto ministeriale del 26 novembre 1984

Codice Fiscale e numero d'iscrizione del Registro Imprese di Milano 01329510158

R.E.A. N. 54871

Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione sez. I n. 1.00014 - iscritta all'Albo dei Gruppi Assicurativi n. 008

### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa\*

Il patrimonio netto di Vittoria Assicurazioni S.p.A. ammonta a 261,708.981 milioni di euro di cui 65,788.948 milioni a titolo di capitale sociale interamente versato e 195,920.033 milioni di euro a titolo di riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione rami danni è pari a 1,8 e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

\* dati riferiti all'ultimo bilancio approvato, espressi in milioni di euro.

## B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto ha durata annuale, con possibilità di tacito rinnovo per periodi di un anno per ciascuna proroga.

### Avvertenza

Il Contraente ha facoltà di disdetta mediante lettera raccomandata da inviarsi con preavviso di 30 giorni prima della scadenza contrattuale, impedendo così il tacito rinnovo del contratto.

Termini e modalità per l'esercizio della disdetta sono regolati dall'art. 2.9 delle Condizioni Generali di assicurazione.

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

Il contratto qui descritto consiste in un'assicurazione che garantisce il rimborso delle spese sostenute in caso di ricovero, day-hospital, intervento chirurgico, resi necessari da malattia o infortunio.

È previsto un rimborso per le spese sostenute dal Contraente/Assicurato in caso di:

- Intervento chirurgico;
- Spese sanitarie da ricovero;
- Prestazioni sanitarie precedenti ad un ricovero;
- Prestazioni sanitarie successive ad un ricovero;
- Parto fisiologico;

Inoltre è prevista una speciale protezione in caso di malattie oncologiche, in quanto la polizza copre, in aggiunta alle precedenti voci, anche le spese per:

- visite specialistiche ed esami diagnostici che accertino la malattia oncologica, anche se non seguiti da ricovero;
- visite specialistiche e terapie, rese necessarie dalla malattia oncologica;
- assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio.

A completamento delle prestazioni principali sono fornite le seguenti prestazioni integrative:

- rimborso spese di trasporto (comprese le spese sostenute per il rimpatrio della salma in caso di decesso conseguente a ricovero effettuato all'estero);
- rimborso spese per trapianti di organi (comprese le spese relative al donatore);
- rimborso spese per il pernottamento in istituto di cura di un accompagnatore o l'assistenza infermieristica privata;
- rimborso spese per cure dentarie causate da infortunio;
- rimborso spese per protesi ortopediche, acustiche, vocali;
- rimborso spese per l'assistenza medica e le cure al neonato;
- una diaria giornaliera sostitutiva, in caso di ricovero a carico del SSN;
- rimborso delle spese extraospedaliere per prestazioni sanitarie di alta diagnostica strumentale (es. risonanza magnetica nucleare e T.A.C.) e terapie specialistiche (es. chemioterapia, radioterapia, emodialisi).

L'Assicurato può rivolgersi ad un circuito di istituti di cura e medici specialisti convenzionati con Blue Assistance, con la possibilità di usufruire delle prestazioni mediche garantite dalla polizza senza anticipo di pagamento nei limiti di rimborso e al netto degli eventuali scoperti/franchigie previsti dalla polizza.

Per il dettaglio delle coperture, si rimanda dall'art. 3.1 all'art. 3.5 delle Condizioni di Assicurazione.

#### Avvertenza

Il contratto prevede casi di limitazione ed esclusione ovvero condizioni di sospensione delle coperture assicurative che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo.

Si rimanda a quanto previsto nel dettaglio dall'art. 3.1 all'art. 3.5, nonché dall'art. 3.7 all'art. 3.10 delle Condizioni di Assicurazione.

Ulteriori limitazioni ed esclusioni delle coperture assicurative sono poi previste nelle singole Garanzie.

Per quanto concerne i casi di sospensione della garanzia si rimanda all'art. 2.3 delle Condizioni Generali di Assicurazione e alle previsioni dell'art. 1901 del Codice Civile.

#### Avvertenza

Il contratto prevede la presenza di franchigie, scoperti e massimali.

Si rimanda per gli aspetti di dettaglio nelle singole Garanzie.

Per una maggiore comprensione riportiamo di seguito alcune esemplificazioni numeriche volte ad illustrare il meccanismo di funzionamento degli istituti contrattuali sopra richiamati.

**Massimale e somma assicurata:** è la somma indicata nel contratto entro il cui limite l'Impresa si obbliga a rispondere nei confronti dell'assicurato nel caso si sia verificato un sinistro che riguardi le garanzie per le quali è prestata la copertura assicurativa.

**Franchigie e scoperti:** hanno lo scopo di evitare la gestione dei sinistri di lieve entità e di sensibilizzare l'attenzione dell'assicurato. Permettono, quindi, di contenere le spese di liquidazione e di ridurre il premio delle coperture.

La franchigia e lo scoperto rappresentano la parte dell'ammontare del danno che rimane a carico dell'assicurato.

La franchigia è costituita da un importo fisso, oppure è espressa in percentuale od in giorni, mentre lo scoperto è espresso in percentuale.

Esempio:

Un Assicurato di 50 anni subisce un intervento in Istituto di Cura convenzionato con Blue Assistance, ma con utilizzo di equipe operatoria non convenzionata.

Spese struttura sanitaria ed equipe operatoria: € 8.000

Il rimborso delle spese sostenute viene effettuato con applicazione di una franchigia pari a € 1.050.

Rimborso: € 8.000 - € 1.050 = € 6.950

#### **4. Periodi di carenza contrattuali**

##### **Avvertenza**

Il contratto prevede inizialmente alcuni termini di aspettativa (detti anche “carenze”), che decorrono dalla data di pagamento della prima rata di premio. Si tratta di periodi, stabiliti in funzione delle diverse patologie e per il parto, durante i quali la garanzia assicurativa non è operante.

I termini di aspettativa - che non riguardano gli infortuni - sono riportati all’art. 3.6 delle Condizioni di Assicurazione.

#### **5. Dichiarazioni dell’assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario sanitario - Nullità**

##### **Avvertenza**

Il Contraente prende atto che eventuali dichiarazioni false, ingannevoli e/o reticenti sulle circostanze del rischio rese in occasione della stipulazione del contratto e/o in occasione del sinistro, legittimeranno l’impresa a respingere il danno o a riconoscerlo in misura ridotta fatta salva la facoltà dell’impresa di perseguire anche in sede penale la tutela dei propri interessi.

Si rimanda agli articoli 2.1 e 2.2 delle Condizioni Generali di assicurazione nonché agli articoli 1892, 1893, 1894 e 1910 del Codice Civile per gli aspetti di dettaglio relativamente alle conseguenze.

##### **Avvertenza**

La conclusione del contratto non prevede la compilazione da parte degli Assicurandi del Questionario Sanitario.

##### **Avvertenza**

Il presente contratto non prevede specifici casi e/o cause di nullità a termini di legge.

## 6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

La presente polizza non prevede casi di aggravamento o diminuzione del rischio.

Non trova pertanto applicazione il disposto degli articoli 1897 e 1898 del Codice Civile.

## 7. Premi

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di 1 anno ed è interamente dovuto.

La presente polizza non prevede la possibilità di frazionamento del premio.

Il versamento del premio viene effettuato direttamente in favore di Vittoria Assicurazioni S.p.A. od in favore dell'Agenzia presso cui viene stipulato il contratto.

E' possibile provvedere al pagamento del premio mediante:

- assegno bancario o circolare N.T. intestati all'Impresa od all'intermediario;
- bonifico bancario;
- moneta elettronica
- pagamento in conto corrente postale;
- pagamento a mezzo contanti nei limiti previsti dalla normativa generale e di settore.

## 8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il presente contratto non prevede adeguamento del premio e delle somme assicurate.

## 9. Diritto di recesso

Avvertenza

Il presente contratto prevede la facoltà di esercitare il diritto di recesso sia in favore del Contraente sia in favore dell'Impresa.

Per gli aspetti di dettaglio e per le modalità e i termini di esercizio del diritto in questione si rimanda agli articoli 2.1, 3.7 delle Condizioni di Assicurazione.

Ad ogni scadenza annuale l'Impresa ha la facoltà di modificare il premio della presente polizza. Come specificato all'art. 2.7, il Contraente, provvedendo al pagamento del premio così modificato, acconsente al rinnovo del contratto alle nuove condizioni di premio.

Qualora non accetti le nuove condizioni astenendosi dal pagamento del premio,

l'assicurazione cesserà automaticamente ogni effetto dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della rata in scadenza e il contratto si intenderà risolto senza alcuna formalità.

Resta inteso che il presente contratto non prevede la possibilità da parte dell'Impresa di recedere dallo stesso in caso di sinistro.

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

I diritti dell'Assicurato derivanti dal contratto si prescrivono **in due anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

L'assicurato può interrompere la prescrizione biennale tramite una semplice dichiarazione o richiesta fatta per iscritto. L'interruzione della prescrizione può avvenire anche attraverso il riconoscimento del diritto dell'Assicurato da parte dell'Impresa.

Cause di decadenza dei diritti derivanti dal contratto è il mancato rispetto dei termini di presentazione della denuncia di sinistro.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'art. 4.3 delle Condizioni di Assicurazione.

Il diritto alle prestazioni di Blue Assistance fornite decade qualora l'assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'art. 5.1 delle Condizioni di Assicurazione.

## 11. Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto, **in base all'art. 180 del D. Lgs. 209/2005**, è quella italiana.

## 12. Regime fiscale

Di seguito viene illustrato il regime fiscale applicabile al contratto dalla normativa in vigore al momento della redazione della presente Nota Informativa.

### Tassazione del Premio

Il premio versato sul presente contratto è gravato di un'imposta a carico del Contraente, pari all'importo indicato nel contratto di assicurazione nello specifico campo.

### Detrazione Fiscale

Il presente contratto non dà diritto ad alcuna detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente.

## C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

### 13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

#### Avvertenza

La data del sinistro è quella nella quale si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico ambulatoriale o altra prestazione sanitaria assicurata.

La denuncia di sinistro, qualora l'Assicurato si avvalga dei Servizi Convenzionati con Blue Assistance, deve essere attivata esclusivamente telefonando ai numeri indicati nelle Condizioni di Assicurazione.

L'Assicurato che non si avvale dei Servizi Convenzionati con Blue Assistance e che pertanto non ha concordato preventivamente con Blue Assistance il ricorso agli istituti di cura ed ai medici con essa convenzionati deve, appena possibile, dare avviso scritto del sinistro, secondo quanto stabilito dagli artt. 1910, 1913 e 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato deve fornire, in caso di ricovero od intervento chirurgico ambulatoriale, copia della cartella clinica completa, integrata dagli originali delle prescrizioni mediche e dalla descrizione dettagliata degli accertamenti diagnostici e delle altre prestazioni sanitarie in garanzia, anche se precedenti o successivi al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale.

In caso di accertamento diagnostico o di altra prestazione sanitaria non collegati ad un ricovero o ad un intervento chirurgico ambulatoriale l'Assicurato deve fornire la prescrizione del medico curante attestante la malattia o l'infortunio e gli esiti degli accertamenti diagnostici.

L'Assicurato deve inoltre presentare gli originali delle fatture e delle notule fiscalmente regolari e quietanzati.

Per gli aspetti di dettaglio relativi alla presentazione della denuncia ed alle procedure liquidative, rimandiamo al capitolo 4 "Denuncia e liquidazione dei sinistri, Servizio Blue Assistance", nonché al capitolo 5 "Norme operative" dedicata al servizio Blue Assistance.

### 14. Assistenza diretta – Convenzioni

#### Avvertenza

Le prestazioni sanitarie di cui l'Impresa si fa carico vengono erogate all'Assicurato attraverso l'utilizzo di un circuito convenzionato (medici chirurghi, strutture sanitarie), prestato per il tramite e con l'assistenza di Blue Assistance, contattando preventivamente la Centrale Operativa.

L'Assicurato può comunque ricorrere a medici e strutture non convenzionati inoltrando successivamente richiesta di rimborso a Blue Assistance.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda al capitolo 5 "Norme Operative" delle Condizioni di Assicurazione.

L'elenco aggiornato delle strutture sanitarie convenzionate è consultabile sul sito internet [www.vittoriaassicurazioni.com](http://www.vittoriaassicurazioni.com) nella sezione prodotti.

## 15. Reclami

Fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, devono essere inoltrati per iscritto alla Vittoria Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami, Via Caldera, n. 21 - 20153 Milano (fax 02 / 48.20.47.37 - tel. 02 / 482.199.53 - e-mail [servizioreclami@vittoriaassicurazioni.it](mailto:servizioreclami@vittoriaassicurazioni.it)). Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP - Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma.

Devono essere presentati direttamente all'ISVAP, in quanto di competenza esclusiva, i reclami concernenti:

- a) l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Decreto Legislativo 7 Settembre 2005, n. 209 - Codice delle Assicurazioni - e delle relative norme di attuazione, nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore, da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
- b) le liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari per le quali il reclamante chiede l'attivazione della procedura FIN-NET.

In particolare i reclami indirizzati all'ISVAP dovranno contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del/i soggetto/i di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo già presentato direttamente all'impresa corredato dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile a descrivere compiutamente le circostanze del reclamo.

Non rientrano nella competenza dell'ISVAP:

- a) i reclami relativi alla quantificazione delle prestazioni assicurative e all'attribuzione di responsabilità, che devono essere indirizzati direttamente all'impresa: in caso di ricezione l'ISVAP provvederà ad inoltrarli all'impresa di assicurazione entro 90 giorni dal ricevimento, dandone contestuale notizia ai reclamanti;
- b) i reclami per i quali sia già stata adita l'Autorità Giudiziaria: l'ISVAP provvederà ad informare i reclamanti che gli stessi esulano dalla propria competenza;
- c) i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Testo Unico dell'intermediazione finanziaria e delle relative norme di attuazione disciplinanti la sollecitazione all'investimento di prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, nonché il comportamento dei soggetti abilitati e delle imprese di assicurazione, relativamente alla vendita diretta, nella sottoscrizione e nel collocamento dei prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, i quali vanno inviati alla CONSOB - via G.B. Martini 3 - 00198 Roma;
- d) i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. 5 dicembre 2005, n. 252 e delle relative norme di attuazione disciplinanti la trasparenza e le modalità di offerta al pubblico delle forme pensionistiche complementari, i quali vanno inviati alla COVIP - via in Arcione 71 - 00187 Roma.

In caso di ricezione dei reclami di cui alle lettere c) e d), l'ISVAP provvederà ad inoltrarli senza ritardo alle competenti Autorità, dandone contestuale notizia ai reclamanti.

## 16. Arbitrato

In caso di disaccordo di natura medica sul rimborso, all'avente diritto, delle spese da Questi sostenute, è prevista per le Parti la possibilità di ricorrere ad Arbitrato.

In tal caso il Contraente è tenuto a sostenere le spese del proprio Medico, mentre le spese del terzo Medico sono ripartite a metà.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'art. 4.7

### Avvertenza

In ogni caso è sempre possibile per il Contraente rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Il Collegio Medico risiede nel comune – sede di Istituto di Medicina Legale – più vicino al luogo di residenza del Contraente/Assicurato.

Per eventuali aggiornamenti delle informazioni, non di carattere normativo, contenute nel Fascicolo Informativo si rimanda alla consultazione del sito [www.vittoriaassicurazioni.com](http://www.vittoriaassicurazioni.com).

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

*L'Amministratore Delegato  
Roberto Guarena*



## Materia di protezione dei dati personali

In applicazione della normativa sulla "privacy", La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti.

### Trattamento dei dati personali per finalità assicurative<sup>1</sup>

Al fine di fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o in suo favore previsti, la nostra Società deve disporre di dati personali che La riguardano - dati raccolti presso di Lei o presso altri soggetti<sup>2</sup> e/o dati che devono essere forniti da Lei o da terzi per obblighi di legge<sup>3</sup> - e deve trattarli, nel quadro delle finalità assicurative, secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione.

Le chiediamo, di conseguenza, di esprimere il **consenso** per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi.

Il **consenso** che Le chiediamo riguarda anche gli eventuali dati sensibili<sup>4</sup> strettamente inerenti alla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi citati, il trattamento dei quali, come il trattamento delle altre categorie di dati oggetto di particolare tutela<sup>5</sup>, è ammesso, nei limiti in concreto strettamente necessari, dalle relative autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali.

Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate, i dati, secondo i casi, possono e debbono essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa"<sup>6</sup>.

1 La "finalità assicurativa" richiede necessariamente, tenuto conto anche della raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati per: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistiche.

2 Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo (v. nota 6).

3 Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio di denaro di cui al decreto Legislativo n.231 del 21/11/2007 e al decreto legislativo n. 109 del 22/6/2007 e successive modifiche. In adempimento alle suddette normative la Società è tenuta alla identificazione della clientela anche ai fini della individuazione delle operazioni anomale da segnalare all'UIF. Pertanto la mancata fornitura dei dati richiesti potrebbe determinare l'impossibilità di eseguire l'operazione richiesta.

4 Sono i dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. d), del Codice, cioè quelli relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche, sindacali, religiose.

5 Ad esempio i dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini.

6 Secondo il particolare rapporto di prestazione, i dati possono essere comunicati e taluni dei seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali; periti;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza, clinica convenzionata; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza (indicata negli atti di bilancio); società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti;
- società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- ANIA - Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (Via della Frezza, 70 - Roma), per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici, alle quali i dati possono essere comunicati, di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio dell'attività assicurativa e alla tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi;
- organismi consortili propri del settore assicurativo - che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati - quali:
  - assicurazioni incendio: Pool Italiano per l'Assicurazione dei Rischi Atomici (Via dei Giuochi Istmici, 40 - Roma), per la

Il **consenso** che Le chiediamo riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Precisiamo che senza i Suoi dati non potremmo fornirLe, in tutto o in parte, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati.

Ad esclusione di quelli sensibili i dati raccolti come sopra descritto sono anche trattati dalla Società per finalità commerciali e di marketing, quali quelle di informazione e promozione di prodotti e servizi, di rilevazione della qualità dei servizi prestati o del grado di soddisfazione della clientela, di ricerche di mercato etc.: queste attività sono svolte direttamente dalla Società oppure da soggetti terzi, elencati in calce alla nota<sup>6</sup>, che svolgeranno per la Società le attività sopra descritte.

Al momento della stipulazione del contratto le verrà richiesta di prestare il suo consenso anche per queste finalità.

### Modalità d'uso dei dati personali

I dati sono trattati<sup>7</sup> dalla nostra Società - titolare del trattamento - solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirLe i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati - in Italia o all'estero - per i suddetti fini ai soggetti in precedenza già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa e conformi alla normativa.

Nella nostra Società, i dati sono trattati da tutti i dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

valutazione dei rischi atomici e/o assunzione e conseguente ripartizione degli stessi in riassicurazione e/o retrocessione tra le imprese assicuratrici consorziate;

- assicurazioni r.c. generale: Pool per l'Assicurazione R.C. Inquinamento (Via Fatebenefratelli, 10 - Milano), per la valutazione dei rischi da inquinamento e/o assunzione e conseguente ripartizione degli stessi in riassicurazione tra le imprese assicuratrici consorziate;

- CONSAP - Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici (Via Paisiello, 33 - Roma), la quale, in base alle specifiche normative, gestisce lo stralcio del Conto consortile r.c. auto, il Fondo di garanzia per le vittime della strada, il Fondo di garanzia per le vittime della caccia, gli aspetti amministrativi del Fondo di solidarietà per le vittime dell'estorsione e altri Consorzi costituiti o da costituire, la riassicurazione dei rischi agricoli, le quote delle cessioni legali delle assicurazioni vita;
- commissari liquidatori di imprese di assicurazione poste in liquidazione coatta amministrativa (provvedimenti pubblicati nella Gazzetta Ufficiale), per la gestione degli impegni precedentemente assunti e la liquidazione dei sinistri;
- ISVAP - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo (Via del Quirinale, 21 - Roma), ai sensi della legge 12 agosto 1982, n. 576, e della legge 26 maggio 2000, n.137;
- nonché altri soggetti, quali: UIF - Unità di Informazione Finanziaria - Banca d'Italia (Largo Bastia, 35 - Roma) ai sensi della normativa anticiclaggio di cui all'art. 13 della legge 6 febbraio 1980, n. 15; Casellario Centrale Infortuni (Via Santuario Regina degli Apostoli, 33 - Roma), ai sensi del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38;
- CONSOB - Commissione Nazionale per le Società e la Borsa (Via G.B. Martini, 3 - Roma), ai sensi della legge 7 giugno 1974, n. 216;
- Ministero del lavoro e della previdenza sociale (Via Flavia, 6 - Roma), ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS (Via Ciro il Grande, 21 - Roma), IMPDAI (Viale delle Provincie, 196 - Roma), INPGI (Via Nizza, 35 - Roma) ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria (Via Carucci, 99 - Roma), ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 605;
- Consorzi agricoli di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali, i quali, in base alle leggi sui rischi agricoli, possono operare come delegatari delle imprese assicuratrici consorziate per l'assicurazione dei danni prodotti dalla grandine e dal gelo (il consorzio a cui aderisce l'assicurato);
- Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF; VV.UU.); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria;

Per le finalità commerciali e di marketing i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti e da questo trattati: società del gruppo Vittoria (comprese le controllanti, controllate e collegate, anche inderettamente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; altre imprese di assicurazione; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori e altri canali di acquisizione dei contratti di assicurazione, banche e SIM.

<sup>7</sup> Il trattamento può comportare le seguenti operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa<sup>8</sup>; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. Il consenso sopra più volte richiesto comprende, ovviamente, anche le modalità, procedure, comunicazioni e trasferimenti qui indicati.

### Diritti dell'interessato

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento<sup>9</sup>.

Per l'esercizio dei Suoi diritti potrà contattare la Vittoria Assicurazioni S.p.A. – Servizio Reclami, Via Caldera, n. 21 – 20153 Milano - (Tel. 02/48.21.99.53 – Fax 02/48.20.47.37 – e.mail: [servizioreclami@vittoriaassicurazioni.it](mailto:servizioreclami@vittoriaassicurazioni.it))<sup>10</sup>.

8 Questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dei dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti "titolari" di trattamento rientrano, come detto, nella c.d. "catena assicurativa" con funzione organizzativa (si rimanda alla nota 6).

9 Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può essere sempre esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

10 L'elenco completo e aggiornato dei soggetti ai quali i dati sono comunicati e quello dei responsabili del trattamento, nonché l'elenco delle categorie dei soggetti che vengono a conoscenza dei dati in qualità di incaricati del trattamento, sono disponibili gratuitamente chiedendoli al Servizio indicato in informativa.

# 1 - Glossario

Ai sotto elencati termini le parti attribuiscono il seguente significato:

## **Assicurato**

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

## **Assistenza infermieristica**

Assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

## **Centrale operativa**

E' la struttura di Blue Assistance S.p.A. che provvede a fornire assistenza telefonica all'Assicurato, ed alla gestione dei sinistri e dei servizi relativi alle garanzie di cui alla presente polizza.

## **Contraente**

Il soggetto che stipula l'Assicurazione, iscritto UGL Ministeri (Unione Generale del Lavoro).

## **Day Hospital**

Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, quando eroghi prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti.

## **Franchigia**

Parte delle spese sostenute che rimane a carico dell'Assicurato.

## **Impresa**

VITTORIA ASSICURAZIONI S.p.A. ed eventuali Coassicuratrici.

## **Infortunio**

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

## **Intervento chirurgico**

Provvedimento terapeutico, attuato con manovre manuali o strumentali cruento, con o senza ricovero, comprese le gessature. Sono equiparati ad intervento chirurgico il trattamento della patologia calcolotica epatica e renale mediante ultrasuoni (litotrisia extracorporea) nonché i trattamenti terapeutici che utilizzano il laser operatore e la crioterapia.

## **Istituto di cura**

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani.

**Malattia**

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

**Malformazione, difetto fisico**

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

**Nucleo familiare**

Nucleo costituito da: il Contraente, il coniuge e/o i figli anche se non conviventi, il convivente more uxorio, purchè tutti risultanti dallo stato di famiglia e nominativamente individuati in polizza.

**Operatori sanitari convenzionati**

Le strutture sanitarie (Istituti di cura, poliambulatori medici, centri diagnostici) ed i singoli medici specialisti (assistenza diretta) convenzionati con Blue Assistance S.p.A. ai quali l'Assicurato, previa autorizzazione telefonica della Centrale Operativa, può rivolgersi per usufruire delle prestazioni mediche garantite dalla polizza, le quali verranno pagate direttamente dall'Impresa (assistenza diretta) agli Operatori Sanitari Convenzionati, con le modalità previste dalla polizza stessa.

**Polizza**

Il documento che prova l'assicurazione.

**Premio**

La somma dovuta dal Contraente all'Impresa.

**Ricovero**

Permanenza in istituto di cura con pernottamento, oppure permanenza diurna in day hospital.

**Rimborso**

La somma dovuta all'Assicurato in caso di sinistro.

**Rischio**

La possibilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

**Scoperto**

Percentuale delle spese sostenute che rimane a carico dell'Assicurato.

**Sinistro**

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

**Visita specialistica**

Visita effettuata da medico-chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

## 2 - Condizioni generali di assicurazione

### 2.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

### 2.2 - Altre Assicurazioni

Il Contraente deve dare comunicazione all'Impresa della stipulazione di altre assicurazioni per i medesimi rischi ai quali si riferisce la presente. Se il Contraente omette dolosamente di dare tale comunicazione, l'Impresa non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

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

### 2.3 - Decorrenza dell'assicurazione e successive scadenze di premio

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno in cui è firmata la polizza e pagato il premio, salvo che la polizza stabilisca una data successiva; in caso diverso decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite.

Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di 15 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite (art.1901 del Codice Civile).

### 2.4 - Pagamento del premio e stipula indipendente da assicurazioni obbligatorie per legge

Il premio è stabilito in:

- Euro 600,00 per anno assicurativo, per ogni Assicurato iscritto UGL Ministeri (Unione Generale del Lavoro);
- Euro 600,00 per anno assicurativo, per ogni altro Assicurato comunque appartenente al nucleo familiare del Contraente.

La prima rata di premio deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive devono essere pagate alle previste scadenze, contro il rilascio di quietanze che devono riportare la data del pagamento e recare la firma della persona autorizzata a riscuotere il premio.

Il pagamento deve essere eseguito esclusivamente presso l'Agenzia cui è assegnata la polizza o presso la sede della Vittoria Assicurazioni S.p.A..

**La sottoscrizione della presente polizza, indipendentemente dalla stipulazione di altre assicurazioni pubbliche o private, presenti o future, impegna il Contraente a mantenere in vita la polizza stessa per tutta la durata pattuita e a pagare le rate di**

## **premio alle scadenze convenute.**

Quanto sopra fermo restando il contenuto di cui al precedente art. 2.2.

### **2.5 - Modifiche dell'assicurazione**

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

### **2.6 - Forma delle comunicazioni**

Ogni comunicazione deve essere fatta con lettera raccomandata all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Direzione dell'Impresa.

### **2.7 - Facoltà dell'Impresa di modificare il premio in corso di polizza e conseguente diritto di recesso del Contraente**

Ad ogni scadenza annuale l'Impresa ha la facoltà di modificare il premio della presente polizza.

La variazione di premio è evidenziata sulla quietanza rilasciata al Contraente che, provvedendo al pagamento del premio così modificato, acconsente al rinnovo del contratto alle nuove condizioni di premio.

Qualora il Contraente non accetti le nuove condizioni astenendosi dal pagamento del premio, l'assicurazione cesserà automaticamente ogni effetto dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della rata in scadenza e il contratto si intenderà risolto senza alcuna formalità.

### **2.8 - Assicurazione per conto altrui**

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

### **2.9 - Proroga del contratto**

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, la polizza di durata non inferiore ad 1 anno è prorogata una o più volte, per una durata di 1 anno per ciascuna proroga.

### **2.10 - Recesso in caso di sinistro**

L'Impresa rinuncia al recesso per sinistro.

### **2.11 - Imposte e tasse**

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza e agli altri atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dall'Impresa.

### **2.12 - Estensione territoriale**

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

### **2.13 - Rinvio alle norme di legge**

Per quanto non espressamente regolato valgono le norme di legge.

## 3 - Garanzie, esclusioni, persone non assicurabili

### 3.1 - Ricovero, day hospital, intervento chirurgico anche ambulatoriale

In caso di ricovero, o day hospital o intervento chirurgico anche ambulatoriale resi necessari da malattia o infortunio, parto cesareo, aborto (terapeutico, spontaneo, post-traumatico) l'Impresa rimborsa - per anno assicurativo e per nucleo familiare, fino alla concorrenza del massimale riportato sul simple di polizza mod. PA.027.311 - le spese sostenute per:

- **intervento chirurgico:** onorari del chirurgo, dell'aiuto assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento, comprese le endoprotesi;
- **ricovero:** rette di degenza, assistenza medica infermieristica, consulenze medico-specialistiche, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici o rieducativi (questi ultimi solo in caso di ricovero con intervento chirurgico), medicinali ed esami post intervento riguardanti il periodo di ricovero. Sono escluse le spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono, ecc.,
- **pre-ricovero:** accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura **nei 120 giorni precedenti il ricovero**, purchè resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero;
- **post-ricovero:** medicinali, esami ed accertamenti diagnostici, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse spese alberghiere) effettuati **nei 120 giorni successivi** al termine del ricovero purchè resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. I trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi in garanzia in caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura;
- **parto fisiologico:** vengono rimborsate esclusivamente le spese sostenute durante il ricovero, **fino ad un massimo di Euro 3.000,00.**

Sulle spese effettivamente sostenute e rimborsabili a termini di polizza vengono applicate le seguenti franchigie, distinte per classe di età e per tipo di ricovero, che resteranno comunque a carico dell'Assicurato:

- **0 - 18 anni non compiuti:**
  - nessuna franchigia se il ricovero avviene presso strutture e con medici convenzionati con Blue Assistance (modalità di prestazione diretta);
  - franchigia di Euro 300,00 se il ricovero avviene presso strutture e con medici non convenzionati (modalità di prestazione indiretta);
- **18 - 37 anni non compiuti:**
  - franchigia di Euro 300,00 se il ricovero avviene presso strutture e con medici convenzionati con Blue Assistance (modalità di prestazione diretta);
  - franchigia di Euro 700,00 se il ricovero avviene presso strutture e con medici non convenzionati (modalità di prestazione indiretta);

- 37 - 52 anni non compiuti:
  - franchigia di Euro 450,00 se il ricovero avviene presso strutture e con medici convenzionati con Blue Assistance (modalità di prestazione diretta) ;
  - franchigia di Euro 1.050,00 se il ricovero avviene presso strutture e con medici non convenzionati (modalità di prestazione indiretta);
- 52 anni ed oltre :
  - franchigia di Euro 650,00 se il ricovero avviene presso strutture e con medici convenzionati con Blue Assistance (modalità di prestazione diretta);
  - franchigia di Euro 1.500,00 se il ricovero avviene presso strutture e con medici non convenzionati (modalità di prestazione indiretta).

In caso di ricovero presso strutture convenzionate con Blue Assistance ma con medici non convenzionati (modalità di prestazione mista), si applicheranno le franchigie di cui sopra riferite alla modalità di prestazione indiretta.

### 3.2 - Malattie oncologiche

In caso di malattia oncologica, in aggiunta alle garanzie previste dall'art. 3.1, l'Impresa rimborsa - fino alla concorrenza del massimale riportato sul frontespizio di polizza, **con il limite massimo di Euro 6.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare** - le spese per:

- visite specialistiche ed esami diagnostici che accertino la malattia oncologica, anche se non seguiti da ricovero;
- visite specialistiche e terapie, rese necessarie dalla malattia oncologica, effettuate nei due anni successivi alla data di cessazione del primo ricovero relativo alla malattia stessa e semprechè **avvenuto successivamente al perfezionamento della presente polizza**;
- assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio **nei 60 giorni successivi** a quello di cessazione del ricovero o della prestazione in day hospital.

### 3.3 - Prestazioni integrative

L'Impresa garantisce inoltre le seguenti prestazioni integrative, in connessione con gli eventi indicati all'art. 3.1 e nei limiti del massimale riportato sul frontespizio di polizza, se ancora disponibile :

#### A) Rimborso spese di trasporto - Rimborso spese per il rimpatrio della salma

L'Impresa rimborsa:

- in caso di ricovero in Italia, le spese di trasporto per raggiungere il luogo di cura, trasferimento da un luogo di cura all'altro, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato **entro il limite di Euro 1.200,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare**;
- in caso di ricovero con intervento chirurgico per subire il quale l'Assicurato debba recarsi all'estero, entro il limite di cui sopra, le spese di trasporto sostenute anche dall'accompagnatore, con qualsiasi mezzo pubblico purchè di linea, limitatamente al viaggio di andata e ritorno connesso al ricovero;

- in caso di decesso, conseguente a ricovero effettuato all'estero, le spese sostenute per il rimpatrio della salma, **entro il limite di Euro 1.200,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.**

#### **B) Rimborso spese per trapianti di organi**

L'Impresa rimborsa, in caso di trapianto di organi, le spese sostenute per il loro prelievo e il loro trasporto. In caso di donazione da vivente l'assicurazione vale anche per il rimborso delle spese di ricovero del donatore.

#### **C) Rimborso spese per il pernottamento di un accompagnatore e per l'assistenza infermieristica**

L'Impresa rimborsa le spese sostenute per il pernottamento di un accompagnatore in istituto di cura pubblico o privato, o per l'assistenza infermieristica professionale notturna privata in istituto di cura pubblico o privato.

L'Impresa garantisce inoltre il rimborso delle spese documentate per assistenza di personale infermieristico professionale privato al domicilio dell'Assicurato, **sino al 30° giorno successivo** a quello di cessazione del ricovero che abbia comportato intervento chirurgico, **entro il limite giornaliero di Euro 50,00**, semprechè l'Assicurato non sia autosufficiente.

#### **D) Rimborso spese per cure dentarie a seguito di infortunio**

L'Impresa rimborsa le spese sostenute per le cure dentarie e/o chirurgiche causate da infortunio, **comprovato da referto di Pronto Soccorso Pubblico**; sono comunque escluse le protesi.

#### **E) Protesi (diverse dalle dentarie)**

L'Impresa rimborsa altresì le protesi ortopediche, acustiche e vocali la cui applicazione sia conseguente a infortunio o malattia indennizzabili, **con il limite di Euro 1.200,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.**

#### **F) Rimborso spese per l'assistenza e le cure del neonato**

L'Impresa rimborsa le spese sostenute per assistenza medica e cure al neonato **fino al 30° giorno di vita**, rese necessarie da malattia, anche congenita, o da infortunio, anche se il neonato non è inserito in polizza.

#### **G) Anticipo**

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richiede il pagamento di un anticipo, l'Impresa corrisponde - su richiesta dell'Assicurato e semprechè il sinistro sia indennizzabile - l'importo versato a tale titolo **entro il 50% del preventivo di spesa**, salvo conguaglio a cure ultimate.

### 3.4 - Diaria sostitutiva (ricovero presso Servizio Sanitario Nazionale)

Se tutte le spese sostenute sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa corrisponde una diaria sostitutiva di Euro 90,00 per ogni pernottamento in ricovero (anche in caso di parto fisiologico), per **una durata massima di 300 pernottamenti per ciascuna persona e per anno assicurativo**. In caso di day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale la diaria assicurata è ridotta a Euro 75,00.

### 3.5 - Specialistiche extra ospedaliere: alta diagnostica strumentale e terapie specialistiche

L'Impresa rimborsa le spese extra-ospedaliere - fino alla concorrenza del massimale riportato sul frontespizio di polizza - **con il limite massimo di Euro 2.600,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, con applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato del 20% con il minimo di Euro 50,00**, per le seguenti prestazioni sanitarie e

specialistiche rese necessarie da infortunio o malattia:

- Risonanza magnetica nucleare
- Scintigrafia
- Angiografia
- Coronografia
- TAC
- Radionefrogramma
- Diagnostica endoscopica dell'apparato digerente
- Telecuore
- Elettroencefalografia
- Densitometria ossea
- Endoscopie
- Artrografia
- Chemioterapia
- Radioterapia
- Emodialisi (con il limite massimo di 15 applicazioni per anno assicurativo)

In caso di utilizzo di operatori sanitari convenzionati con Blue Assistance non si applica il minimo di scoperto ma soltanto lo scoperto percentuale (20%).

### 3.6 - Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa

Fermo il disposto dell'art. 2.3, la garanzia decorre:

- a) per gli infortuni, dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;
- b) per le malattie in genere, dal 30° giorno successivo all'effetto dell'assicurazione;
- c) per il parto e le patologie varicose manifestatesi dopo la stipulazione del contratto, dal 300° giorno successivo all'effetto dell'assicurazione;

d) per l'aborto spontaneo e post-traumatico, per l'aborto terapeutico, per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio, dal 30° giorno successivo all'effetto dell'assicurazione, semprechè sia provato che il concepimento è avvenuto dopo la decorrenza dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi Assicurati ed identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra decorrono:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni ed i massimali assicurati da quest'ultima previsti, se previsti anche dalla presente polizza ;
- dal giorno in cui ha effetto la presente polizza, limitatamente ai maggiori massimali assicurati ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso della presente polizza, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa, per i maggiori massimali e le diverse persone o prestazioni assicurate.

### 3.7 - Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- a) conseguenze dirette di infortuni, nonché per le malattie (quindi anche stati patologici) che abbiano dato origine a cure o esami anteriori alla stipulazione della polizza, diagnosticati o noti all'Assicurato;
- b) eventi causati da guerra e insurrezione;
- c) gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere;
- d) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
- e) gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale o temerario (salvo che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana, o per legittima difesa, ferme restando le altre esclusioni previste dal presente articolo);
- f) gli infortuni conseguenti a stato di etilismo acuto;
- g) gli infortuni sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonchè in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- h) gli infortuni conseguenti ad azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato;
- i) gli infortuni derivanti dall'uso e/o guida di mezzi subacquei ed aerei nonchè gli infortuni derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo o natante se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti;
- j) eventi derivanti da inondazioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- k) gli infortuni derivanti dalla pratica di sport a titolo remunerativo;
- l) gli infortuni subiti in stato di detenzione a seguito di condanna dell'Assicurato;
- m) l'eliminazione o correzione di malformazioni e difetti fisici preesistenti alla decorrenza dell'assicurazione, nonchè delle patologie ad esse correlate;

- n) le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le manifestazioni riferibili ad "esaurimento nervoso";
- o) le prestazioni per intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- p) l'aborto volontario non terapeutico;
- q) le cure fisioterapiche e termali in genere, salvo quanto previsto all'art. 3.1 ;
- r) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio, verificatosi successivamente alla decorrenza della garanzia), lenti a contatto ed occhiali;
- s) le cure dentarie (salvo quanto previsto all'art. 3.3 lettera D) e delle paradontopatie;
- t) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, fatta eccezione per le spese relative all'acquisto di quelli applicati durante un intervento chirurgico e di quelle previste all'art. 3.3 lettera E);
- u) i ricoveri e le degenze in regime di day hospital avvenuti al fine di effettuare visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici a qualunque titolo praticati, oppure avvenuti allo scopo di praticare trattamenti terapeutici che possano essere effettuati, a giudizio medico, ambulatorialmente;
- v) i ricoveri legati a cure geriatriche e terapie di lunga degenza;
- w) la fecondazione assistita e cura della sterilità;
- x) le patologie varicose manifestatesi, secondo giudizio medico, prima della stipulazione del contratto;
- y) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati
- e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- z) gli infortuni derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine.

### 3.8 - Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da :

- alcolismo;
- tossicodipendenze;
- A.I.D.S. o sindromi correlate;
- sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi in genere.

Per la presente polizza non è prevista facoltà di disdetta a seguito di sinistro, fermo restando che la sopravvenienza in corso di polizza delle predette situazioni a carico dell'Assicurato costituisce, per il medesimo, causa di cessazione dell'assicurazione,

senza obbligo dell'Impresa di corrispondere alcun indennizzo. In tal caso l'Impresa restituisce al Contraente la parte di premio, al netto delle imposte, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento in cui l'Impresa ha ricevuto comunicazione della situazione di inassicurabilità (o ne è comunque venuta a conoscenza) e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

### **3.9 - Imprudenze, negligenze, malore, incoscienza**

Nei limiti e con le esclusioni precedentemente indicati, sono comprese le prestazioni sanitarie anche se conseguenti ad infortuni e malattie derivanti da imprudenze o negligenze gravi dell'Assicurato o di chi ha prestato le cure, nonché gli infortuni subiti in stato di malore od incoscienza.

### **3.10 - Infortuni causati da colpa grave – tumulti – rischio guerra**

L'assicurazione comprende, a parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile (inoperatività della garanzia per dolo o colpa grave), nonché dell'art.1912 (inoperatività della garanzia per terremoto, guerra e insurrezione, tumulti popolari), i ricoveri per gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato e quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva, nonché i ricoveri per gli infortuni avvenuti all'estero (esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di san Marino) derivanti da stato di guerra, guerra civile, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

## 4 - Denuncia e liquidazione dei sinistri Servizio "Blue Assistance"

### 4.1 - Premessa

Le prestazioni di **Blue Assistance** sono previste fino a concorrenza della somma assicurata indicata sul simple di polizza mod. PA.027.311, fatti salvi i limiti di rimborso indicati per il tipo di prestazione e con eventuale applicazione della franchigia di cui all'art. 3.1 o dello scoperto di cui all'art. 3.5, nei termini delle garanzie e delle esclusioni previsti sul simple stesso e nelle Condizioni di Assicurazione riportate nel presente fascicolo.

L'Assicurato si avvale di prestazioni sanitarie in "**forma diretta**" concordando preventivamente con la Centrale Operativa il ricorso a **Strutture Sanitarie e Medici convenzionati** con Blue Assistance.

L'Assicurato si avvale di prestazioni sanitarie in "**forma indiretta**" ricorrendo a **Strutture Sanitarie e Medici non convenzionati** con Blue Assistance pertanto **senza avvalersi del servizio della Centrale Operativa**.

L'Assicurato si avvale di prestazioni sanitarie in "**forma mista**" concordando preventivamente con la Centrale Operativa il ricorso a **Strutture Sanitarie convenzionate** con Blue Assistance, ma ricorrendo a **Medici non convenzionati**.

### 4.2 - Ricorso a strutture e medici convenzionati con Blue Assistance

L'Assicurato che si avvale di prestazioni sanitarie in "**forma diretta**", troverà nel capitolo 5 "Norme Operative" le modalità da seguire per ottenere le prestazioni sanitarie senza dover anticipare alcun pagamento (fatti salvi i limiti di rimborso indicati per il tipo di prestazione e con eventuale applicazione della franchigia di cui all'art. 3.1 o dello scoperto di cui all'art. 3.5).

L'Assicurato delega l'Impresa a pagare, o a far pagare, in suo nome e per suo conto ed a chi di dovere, le spese sostenute per le prestazioni previste dalla polizza.

### 4.3 - Ricorso a strutture e medici non convenzionati con Blue Assistance

L'Assicurato che si avvale di prestazioni sanitarie in "**forma indiretta**" deve, appena possibile, dare avviso scritto del sinistro, secondo quanto stabilito dagli artt. 1910, 1913 e 1915 del Codice Civile.

La denuncia del sinistro deve essere inviata a:

**BLUE ASSISTANCE S.P.A.**

**CORSO SVIZZERA, 185 (CENTRO PIER DELLA FRANCESCA)**

**10149 TORINO**

unitamente alla certificazione medica sulla natura della infermità.

L'Assicurato deve fornire, in caso di ricovero od intervento chirurgico ambulatoriale, copia della cartella clinica completa, integrata dagli originali delle prescrizioni mediche e dalla descrizione dettagliata degli accertamenti diagnostici e delle altre prestazioni sanitarie in garanzia, anche se precedenti o successivi al ricovero o

all'intervento chirurgico ambulatoriale. In caso di accertamento diagnostico o di altra prestazione sanitaria non collegati ad un ricovero o ad un intervento chirurgico ambulatoriale l'Assicurato deve fornire la prescrizione del medico curante attestante la malattia o l'infortunio e gli esiti degli accertamenti diagnostici. L'Assicurato deve inoltre presentare gli originali delle fatture e delle notule fiscalmente regolari e quietanzati.

Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale, od altri Enti, privati e non, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione di quanto corrisposto all'Assicurato/Contraente.

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

La liquidazione del sinistro viene effettuata a cura ultimata, su presentazione del certificato di guarigione o di equivalente dichiarazione da parte dell'Assicurato, secondo le modalità previste dal capitolo 5 "Norme Operative".

#### **4.4 - Ricorso a strutture convenzionate con Blue Assistance e medici non convenzionati.**

Per l'Assicurato che si avvale di prestazioni sanitarie in "forma mista" restano valide le disposizioni di cui agli artt. 4.2 - limitatamente alle prestazioni erogate dalle Strutture Sanitarie convenzionate con Blue Assistance - e 4.3 - limitatamente alle prestazioni erogate da Medici non convenzionati.

#### **4.5 - Data del sinistro**

Fermo quanto previsto all'art. 3.6 "Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa", la data del sinistro è quella nella quale si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico ambulatoriale od altre prestazioni sanitarie assicurate.

L'Impresa effettua, nei limiti previsti, il rimborso delle spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del sinistro e comunque non oltre un anno dalla scadenza della polizza.

#### **4.6 - Documentazione medica e delle spese**

L'Assicurato deve sottoporsi, anche in fase di ricovero, agli esami e controlli medici disposti dall'Impresa tramite suoi incaricati, fornire alla stessa ogni informazione e produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato. Pur essendo la documentazione delle spese acquisita dall'Impresa, quest'ultima tuttavia restituisce la parte relativa alle spese previa iscrizione dell'importo rimborsato e della data del rimborso.

#### **4.7 - Controversie e arbitrato irrituale**

In caso di controversie di natura medica sul diritto del Contraente/Assicurato al rimborso, le Parti possono concordemente conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il

terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza del Contraente/Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

## 5 - Norme operative

### 5.1 - Come accedere alle prestazioni di Blue Assistance

Per accedere alle prestazioni di Blue Assistance, l'Assicurato dovrà utilizzare i seguenti numeri telefonici :

- dall'Italia comporre il Numero Verde 800.237.397
- dall'Estero comporre il Numero +39.011.74.25.570

Il servizio di informazioni e prenotazioni viene fornito nei seguenti orari:

- dal lunedì al venerdì (giorni feriali) dalle ore 8:00 alle ore 18:00
- il sabato dalle ore 8:00 alle ore 12:00

L'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa:

- il proprio nome e cognome;
- il recapito telefonico;
- il numero di polizza;
- nome della struttura sanitaria e del medico scelto;
- il tipo di prestazione.

La Centrale Operativa provvederà a raccogliere tutti i dati necessari all'apertura del sinistro.

La possibilità di accedere alle prestazioni di Blue Assistance è condizionata alla preventiva telefonata al Numero Verde, in mancanza della quale il pagamento diretto non è operante.

Il personale di Blue Assistance, operante 24 ore su 24, provvede alla prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi, scelti dall'Assicurato tra quelli convenzionati, garantendo anche, se necessario, l'aiuto per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità.

L'Assicurato, in caso di urgente necessità, potrà trovare i numeri telefonici di Blue Assistance nell'elenco distrettuale di Torino e ricevere le necessarie informazioni.

Le strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance sono indicate in un'apposita guida periodicamente aggiornata, che viene consegnata unitamente alle presenti Norme Operative e alla polizza.

Tale elenco è passibile di variazioni: pertanto dovrà essere sempre cura dell'Assicurato contattare preventivamente la Centrale Operativa, che confermerà la validità della convenzione per la struttura prescelta oppure, in caso contrario, proporrà all'Assicurato di avvalersi dei servizi di **altra struttura sanitaria convenzionata.**

Il nominativo dei Medici convenzionati sarà indicato all'Assicurato dalla Centrale Operativa.

### 5.2 - Modalità di pagamento e rimborso

#### 1. Ricorso a strutture e medici convenzionati con Blue Assistance

Nel caso in cui l'Assicurato ricorra a strutture e medici convenzionati con Blue Assistance (**modalità diretta**), il pagamento verrà eseguito da Blue Assistance

direttamente in favore delle Strutture Sanitarie e dei Medici convenzionati che hanno provveduto all'erogazione delle prestazioni assicurate.

## 2. Ricorso a strutture e medici non convenzionati con Blue Assistance

Nel caso in cui l'Assicurato non ricorra a Strutture Sanitarie e Medici convenzionati con Blue Assistance (**modalità indiretta**), **Blue Assistance provvederà al rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato stesso al ricevimento della documentazione sanitaria e di spesa di cui all'art. 4.3.**

## 3. Ricorso a strutture convenzionate con Blue Assistance e medici non convenzionati

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga ad una delle Strutture Sanitarie convenzionate con Blue Assistance, ma il Medico e la sua équipe non siano professionisti convenzionati con la Centrale Operativa (**modalità mista**), **Blue Assistance provvederà al pagamento diretto di quanto dovuto alla Struttura Sanitaria convenzionata.**

**Al ricevimento della documentazione sanitaria e di spesa di cui all'art. 4.3, rimborserà le spese mediche sostenute dall'Assicurato per le prestazioni del professionista non convenzionato.**

Alle Strutture Sanitarie ed ai Medici convenzionati, Blue Assistance corrisponderà direttamente l'importo dovuto a termini di polizza e sempre al netto di eventuali franchigie e scoperti.

Agli effetti di quanto sopra riportato, nonché dei limiti di rimborso, franchigie e scoperti previsti in polizza, l'importo che resterà parzialmente o totalmente a carico dell'Assicurato sarà da questi saldato alle Strutture Sanitarie ed ai Medici che hanno erogato le prestazioni.





# Vittoria Assicurazioni

SOCIETÀ PER AZIONI - CAP. SOC. EURO 65.788.948 INT. VERS.  
PART. IVA 01329510158 - COD. FISCALE E REG. IMPRESE DI  
MILANO N. 01329510158 - SEDE E DIREZIONE: ITALIA - 20153  
MILANO - VIA CALDERA, 21 - ISCRITTA ALL'ALBO IMPRESE DI  
ASSICURAZIONE E RIASSICURAZIONE SEZIONE I N.1.00014  
CAPOGRUPPO DEL GRUPPO VITTORIA ASSICURAZIONI  
ISCRITTO ALL'ALBO DEI GRUPPI ASSICURATIVI N. 008