

**POLIZZA SANITARIA INTEGRATIVA
AL PIANO SANITARIO BASE CONTRATTO DALLA CASSA NAZIONALE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA A FAVORE
DEI DOTTORI COMMERCIALISTI
CIG 9343781BFF**

Condizioni di assicurazione

Poste Assicura S.p.A.

00144, Roma (RM), Viale Europa, 190
Tel.: (+39) 06 549241 • Fax: (+39) 06
54924203

PEC: posteassicura@pec.poste-assicura.it
www.poste-assicura.it

Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001, Capitale Sociale Euro 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001, REA 1013058 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alla delibera ISVAP n. 2788/2010 • Società appartenente al gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Vita S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NELLA POLIZZA

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'*assicurazione*.

Assicurazione

Il contratto di *assicurazione* sottoscritto dal *Contraente*.

Assistenza Infermieristica

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

Provider

Società che gestisce il servizio di assistenza agli *Assicurati* provvede alla liquidazione dei *sinistri* per conto di Società ed alla gestione delle convenzioni e dei rapporti con gli operatori sanitari che ha convenzionato in Italia ed all'estero.

Società

Poste Assicura Spa

Contraente

Soggetto tenuto al pagamento del premio alla Società e più precisamente gli Iscritti, i preiscritti, Pensionati attivi, i pensionati non attivi, i superstiti di iscritto alla Cassa titolari di pensione di reversibilità o indiretta, i Dottori commercialisti esonerati dall'iscrizione alla Cassa che abbiano attiva la polizza base

Carenza – Termini di aspettativa

Il periodo di tempo che intercorre fra la stipulazione della (o l'ingresso in) *assicurazione* e l'inizio della garanzia.

Day-hospital/Day Surgery

Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery), eseguite da medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica.

Franchigia/Scoperto

Parte del danno indennizzabile, espressa rispettivamente in cifra fissa (*franchigia*) ed in percentuale (*scoperto*) sull'ammontare del danno, che rimane a carico dell'*Assicurato*.

Indennizzo

La somma dovuta da Società in caso di *sinistro*.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico

Provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre cruenta, manuali o strumentali.

Istituto di cura

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, *day hospital/day surgery*, 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, i centri del benessere.

Malattia

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato 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* (o dell'ingresso in garanzia).

Massimale

La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, Società presta la garanzia.

Nucleo familiare

Il nucleo familiare è composto dal capo nucleo e dai suoi familiari conviventi come risultanti dallo stato di famiglia o da autocertificazione della condizione di famiglia di fatto, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, degli iscritti, pre iscritti, Pensionati attivi della CNPADC dei pensionati non attivi della Cassa, superstiti di iscritto della Cassa titolari di pensione di reversibilità o indiretta e Dottori commercialisti esonerati dall'iscrizione alla Cassa (tenuti al versamento del solo contributo integrativo).

Quali familiari si intendono: il coniuge non legalmente separato convivente o il convivente more uxorio e dall'unito civilmente, tale indipendentemente dal genere e i figli conviventi fino a 30 anni. Sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti e i figli non conviventi fino a 30 anni per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione o altro provvedimento dell'Autorità giudiziaria.

Sono inoltre equiparabili ai figli, ai fini della copertura assicurativa, anche i figli del coniuge o del convivente.

Operatori sanitari

Le strutture sanitarie (*istituto di cura*, poliambulatorio medico, centro diagnostico) ed i medici chirurghi convenzionati con *Poste Assicura Spa* presso i quali l'Assicurato, previo accordo telefonico con gli stessi, può fruire dell'assistenza diretta per prestazioni mediche, interventi e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute, previsti dalla *polizza*.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal *Contraente alla Società*.

Ricovero - Degenza

Permanenza in luogo di cura con pernottamento o in day hospital/day surgery.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione e specificatamente: il *ricovero*, l'*intervento chirurgico in day hospital*, o, in assenza dei suddetti eventi, le altre prestazioni sanitarie garantite dal contratto.

Visita specialistica

Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione per diagnosi e perprescrizione di terapie

cui tale specializzazione è destinata.

A – CONDIZIONI PARTICOLARI

A.1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante per le spese sostenute dall'Assicurato in conseguenza di *malattia* o nel caso di *infortunio* avvenuto durante l'operatività della *polizza* per le prestazioni di seguito indicate e nei limiti di quanto disciplinato dai successivi punti da A.3.1, A.3.2, A.3.3, A.3.4, A.3.5, A.3.7, A.4, A.5 e A.6:

- *ricovero in istituto di cura, con o senza intervento chirurgico, reso necessario anche da parto e comunque che non sia già oggetto della "polizza base" stipulata dalla CNAPDC;*
- *ricovero in regime di day-hospital/day surgery;*
- *intervento chirurgico ambulatoriale;*
- *visite specialistiche e accertamenti diagnostici che non siano già oggetto della "polizza base" stipulata dalla CNAPDC;*
- *trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio;*
- *prestazioni odontoiatriche;*

A maggior precisazione di quanto precede, **si intendono in ogni caso escluse le prestazioni rientranti nell'elenco sopra esposto che siano già oggetto di copertura della "polizza base" stipulata dalla CNAPDC.**

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi con le modalità riportate al punto D-SINISTRI delle Condizioni Generali:

- a) A strutture sanitarie convenzionate.
- b) A strutture sanitarie non convenzionate
- c) Al Servizio Sanitario Nazionale

A.2. PERSONE ASSICURATE

Alla presente *assicurazione* possono aderire gli Iscritti, i pre iscritti alla Cassa e Pensionati attivi della Cassa e può essere estesa ai componenti del loro nucleo familiare come indicato nelle Definizioni di Polizza, capoverso Nucleo Familiare, **a condizione che essi siano già inclusi nella copertura prestata dalla "polizza base" stipulata dalla Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti.**

Non è possibile estendere la presente copertura a singoli componenti del nucleo familiare.

Possono altresì aderire alla presente assicurazione i pensionati non attivi, i superstiti di iscritto alla Cassa titolari di pensione di reversibilità o indiretta, i Dottori commercialisti esonerati dall'iscrizione alla Cassa che abbiano aderito a proprie spese alla polizza base. Gli stessi soggetti possono estendere la presente copertura ai componenti del loro nucleo familiare come indicato nelle Definizioni di Polizza, capoverso Nucleo Familiare a condizione che essi siano già inclusi nella copertura prestata dalla "polizza base".

Non è possibile estendere la presente copertura a singoli componenti del nucleo familiare

A.3 RICOVERO

A.3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

La Società rimborsa, nei termini e con i limiti previsti in *polizza*, le spese sostenute dall'Assicurato per le seguenti prestazioni connesse ad un *ricovero in istituto di cura*:

a) Pre-ricovero:

Esami di laboratorio, accertamenti diagnostici e *visite mediche specialistiche* **effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero**, purché resi necessari dalla *malattia* o dall'*infortunio* che ha determinato il *ricovero*.

b) Intervento chirurgico:

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure:

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di *ricovero*.

d) Rette di degenza:

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel solo caso di ricorso a *istituto di cura* non convenzionato, la garanzia è prestata **con il limite di € 210 al giorno**.
Nel caso di ricovero in reparto di terapia intensiva, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 10%.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento in *istituto di cura* di un accompagnatore.

Nel solo caso di ricorso a istituto di cura e/o medici non convenzionati, la garanzia è prestata nel limite di € 52 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale **nel limite di € 52 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.**

g) Post-ricovero

Esami di laboratorio e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, **effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero**, purché resi necessari dalla *malattia* o dall'*infortunio* che ha determinato il *ricovero*; entro i medesimi limiti sono altresì compresi in garanzia i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) **limitatamente ai casi di ricovero che abbiano comportato un intervento chirurgico.**

Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'*istituto di cura*.

A.3.2 DAY-HOSPITAL/DAY SURGERY

In caso di prestazioni praticate in *istituto di cura* in regime di degenza diurna, Società rimborsa le spese sostenute per le prestazioni previste al punto A.3.1 lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali e cure", g) "Post-ricovero", **a condizione che la fruizione di tali prestazioni sia documentata da cartella**

clinica con scheda nosologica.

A.3.3 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, Società rimborsa le spese per le prestazioni previste al punto A.3.1 lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali e cure", g) "Post-ricovero".

A.3.4 PARTO E ABORTO

In caso di parto cesareo o di aborto indennizzabili a termini di polizza, Società rimborsa le spese sostenute per le prestazioni previste al punto A.3.1 lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali e cure", g) "Post-ricovero", **nel limite di € 5.000, previa applicazione di scopertie franchigie previsti per il regime di ricovero al successivo punto A.3.9.**

In caso di parto naturale avvenuto in *istituto di cura*, **le suddette spese sono rimborsate nel limitedi € 5.000, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.**

A.3.5 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi reso necessario da *malattia* o da *infortunio*, Società rimborsa le spese previste al punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura" nonché:

- se l'Assicurato è ricevente: le spese di prelievo e trasporto di organi o parti di essi, ovvero le spese del donatore vivente;
- se l'Assicurato è donatore: le sue spese di ricovero e di viaggio (in treno o aereo di linea) di andata e ritorno.

Si intendono operanti i limiti di indennizzo previsti dal punto A.3.9

A.3.6 INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Qualora le spese di *ricovero* siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, Società corrisponde – in sostituzione del rimborso delle prestazioni descritte ai punti A.3.1, A.3.4, A.3.5 – unadiaria di € 100 per ciascun pernottamento in *istituto di cura*, **con il massimo di 100 pernottamenti per anno assicurativo e per persona nell'ambito del massimale operante.**

In caso *ricovero* in regime diurno di *day hospital/day surgery*, previsto al punto A.3.2, **la diaria è ridotta del 50%** e viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna **con il massimo di 100 giorni per anno assicurativo e per persona assicurata nell'ambito del massimale operante.**

In ogni caso la diaria per indennità sostitutiva non cumula con le prestazioni descritte ai punti A.3.1, A.3.2, A.3.4 e A.3.5.

L'Assicurato ha facoltà di richiedere alternativamente la corresponsione della diaria oppure il rimborso delle spese sostenute per le suddette prestazioni.

A.3.7 PROSECUZIONE DELLA GARANZIA OLTRE LA SCADENZA

Qualora il *ricovero* abbia inizio entro la data di scadenza del contratto, la garanzia è operante anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione stessa sino a quando l'Assicurato venga dimesso dall'*istituto di cura*, **e comunque non oltre 3 mesi dalla scadenza del contratto.**

A.3.8 MASSIMALE

Il *massimale* assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a **€ 260.000,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo.**

A.3.9 – LIMITI DI INDENNIZZO DELLE PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, DAY

HOSPITAL/DAY SURGERY O INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

a) Utilizzo di strutture sanitarie e medici entrambi convenzionati:

- In caso di *ricovero*, compreso day hospital/day surgery, **qualora l'Assicurato abbia un'età superiore ai 75 anni, viene applicata una franchigia di € 1.200 che rimane a carico dell'Assicurato e che egli deve versare direttamente alla struttura sanitaria o all'equipe medica.**
- In caso di *intervento chirurgico* ambulatoriale, per tutti gli Assicurati le prestazioni di cui al punto A.3.3 vengono liquidate **previa applicazione di una franchigia di € 100 che rimane a carico dell'Assicurato.**

b) Utilizzo di strutture sanitarie e/o medici non convenzionate:

- Le spese sostenute dall'Assicurato per *intervento chirurgico* in regime di *ricovero* vengono rimborsate, **previa applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 250 e il massimo non indennizzabile di € 2.500, che rimane a carico dell'Assicurato.**
Per gli Assicurati di età superiore ai 75 anni, fermo lo scoperto del 10%, il minimo non indennizzabile viene elevato a € 1.500 e il massimo non indennizzabile a € 5.000.
- In caso di trapianto, *ricovero senza intervento chirurgico*, parto cesareo e aborto indennizzabile, *day-hospital/day surgery*, **le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20%.**
Per gli Assicurati di età superiore ai 75 anni, fermo lo scoperto del 20%, è previsto un minimo non indennizzabile di € 1.500 che rimane a carico dell'Assicurato, ed un massimo non indennizzabile di € 5.000.
- Le spese sottoelencate di cui al punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura":
 - lett. d) Rette di degenza,
 - lett. e) Accompagnatore,
 - lett. f) Assistenza infermieristica privata individuale,**vengono rimborsate nei limiti indicati alle singole prestazioni.**
- In caso di *intervento chirurgico* ambulatoriale, **le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 150 che rimane a carico dell'Assicurato.**

c) Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

In caso di *ricovero* in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., Società corrisponde la diaria prevista al punto A.3.6 "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per ticket sanitari, e richieda il rimborso di tali spese, Società rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nel limite del *massimale* assicurato; **in questo caso non viene corrisposta l'"indennità sostitutiva"**, così come indicato al punto A.3.6.

Nel caso in cui il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con costo a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alla lett. a) "Utilizzo di strutture e medici entrambi convenzionati" o alla lett.

b) "Utilizzo di strutture e/o medici non convenzionati".

A.4 - EXTRARICOVERO

A.4.1 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

In assenza di *ricovero*, compreso *day hospital/day surgery* o *intervento chirurgico* ambulatoriale, Società rimborsa le spese sostenute per *visite specialistiche* e accertamenti diagnostici resi necessari da *malattia* o da *infortunio*, con l'esclusione delle visite ginecologiche, pediatriche e di visite e accertamenti odontoiatrici. (Per l'odontoiatria si rimanda ai successivi punti A.4.3 e A.4.4).

Per le visite oculistiche la garanzia è operante con il limite di una visita oculistica per anno assicurativo e per nucleo familiare (sono escluse le spese per misurazione/controllo del visus effettuate da optometrista nonché le spese per lenti - anche a contatto - e montature).

Sono esclusi altresì dalla copertura gli accertamenti diagnostici che siano oggetto della "polizza base" stipulata dalla CNAPDC.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 3.000 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sempre che risulti dalla prescrizione medica il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

In caso di utilizzo di medici e poliambulatori entrambi convenzionati, per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società **previa applicazione di una franchigia di € 30 per ciascun accertamento, visita o serie di essi risultante da unica prescrizione medica, che rimane a carico dell'Assicurato.**

In caso di utilizzo di medici e/o poliambulatori non convenzionati, Società rimborsa le spese sostenute **nella misura del 75% con il minimo non indennizzabile di € 51,65 per ogni prestazione o ciclo di prestazioni prescritte da unica prescrizione medica, che rimane a carico dell'Assicurato.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato **purché di importo complessivo non inferiore a € 25.** Tale importo può essere raggiunto anche cumulando nel corso dell'anno assicurativo più tickets relativi al medesimo Assicurato.

A.4.2 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

Società provvede al rimborso delle spese sostenute per i trattamenti fisioterapici riabilitativi, resi necessari da *infortunio* certificato da referto di Pronto Soccorso Pubblico, sempreché siano prescritti dal medico curante o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

La garanzia è operante esclusivamente nel caso di utilizzo di strutture e medici entrambi convenzionati, con **preventivo contatto telefonico della Centrale Operativa da parte dell'Assicurato.**

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture medesime, **previa applicazione di una franchigia di € 40 per ogni ciclo fisioterapico che rimane a carico dell'Assicurato e deve essere da questo corrisposta alla struttura.**

La presente garanzia opera nell'ambito del **massimale di € 350 per anno assicurativo e per nucleo familiare.**

A.4.3 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Società garantisce a ciascun Assicurato, **esclusivamente facendo ricorso a centri odontoiatrici e medici entrambi convenzionati con preventivo contatto telefonico con la Centrale Operativa, una visita specialistica odontoiatrica e una seduta di igiene orale (detartrasi) per ciascuna annualità assicurativa.**

La Società provvede alla prenotazione in base alle disponibilità dell'Assicurato e del centro odontoiatrico.

Queste prestazioni vengono liquidate nella c.d. forma diretta, senza alcuna anticipazione di spesa da parte dell'Assicurato.

Nessun indennizzo verrà corrisposto dalla Società in caso di mancato preventivo contatto telefonico con la Centrale Operativa, ovvero in caso di utilizzo di strutture e/o medici non convenzionati.

A.4.4 CURE ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO

A parziale deroga di quanto disciplinato dal punto C.2 — Esclusioni, Società rimborsa le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche rese necessarie a seguito di infortunio comprovato da referto di Pronto Soccorso Pubblico.

La garanzia opera **fino alla concorrenza del massimale di € 2.500 per anno assicurativo e nucleo familiare, previa applicazione di uno scoperto pari al 20% con il minimo di € 150.**

La garanzia opera **esclusivamente facendo ricorso a centri odontoiatrici e medici entrambi convenzionati e con preventivo contatto telefonico con la Centrale Operativa.**

A.4.5 SERVIZI DI ACCESSO AL NETWORK A TARIFFE CONVENZIONATE

Servizio Network odontoiatrico

Società accorda agli Assicurati e ai relativi familiari (anche se non assicurati con la presente polizza) un servizio di accesso e l'utilizzo del proprio Network odontoiatrico e della relativa tariffa di convenzionamento.

Il servizio oggetto della presente appendice può essere attivato unicamente tramite accesso alla rete web seguendo le istruzioni operative di seguito riportate.

Per l'utilizzo del network odontoiatrico l'Assicurato dovrà:

- accedere al sito www.postewelfareservizi.it inserendo le credenziali ricevute;
- esclusivamente al primo accesso l'Assicurato inserisce i suoi dati anagrafici;
- l'Assicurato può effettuare la scelta della clinica o del poliambulatorio presso il quale effettuare le cure selezionando dal menu la città ed il raggio chilometrico di ricerca;
- Stampare il voucher in .pdf che, presentato in forma cartacea presso la struttura, dà diritto alla prestazione che verrà fattura con applicazione della tariffa convenzionata prevista, con costi totalmente a carico dell'Assicurato, il quale provvederà al saldo della fattura senza che essa sia ammessa ad indennizzo da parte di Società.

Servizio Network di fisioterapisti

Società accorda agli Assicurati e ai relativi familiari (anche se non assicurati con la presente polizza) per un servizio di accesso e l'utilizzo del proprio Network di fisioterapisti e delle relative tariffe di convenzionamento riportate nella scheda di ciascun fisioterapista, come pubblicato sul sito di seguito indicato.

Il servizio oggetto della presente appendice può essere attivato unicamente tramite accesso alla rete web seguendo le istruzioni operative di seguito riportate.

Per l'utilizzo del network convenzionato l'Assicurato dovrà:

- accedere al sito www.postewelfareservizi.it inserendo le proprie credenziali;
- esclusivamente al primo accesso l'Assicurato inserisce i suoi dati anagrafici;
- l'Assicurato può effettuare la scelta della clinica o del poliambulatorio presso il quale effettuare le cure selezionando dal menu la città ed il raggio chilometrico di ricerca;
- Stampare il voucher in .pdf che, presentato in forma cartacea presso la struttura, dà diritto alla prestazione che verrà fattura con applicazione della tariffa convenzionata prevista, con costi totalmente a carico dell'Assicurato, il quale provvederà al saldo della fattura senza che essa sia ammessa ad indennizzo da parte di Società.

A.6 PREMI

Il premio annuale per Assicurato è pari a:

- € 470,00 comprensivo di oneri e tasse fino a 14 anni di età.
- € 780,00 comprensivo di oneri e tasse da 15 anni di età a 25 anni di età.
- € 1050,00 comprensivo di oneri e tasse da 25 anni di età.

B - CONDIZIONI GENERALI

B.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00:00 del giorno indicato in *polizza*.

Il premio iniziale deve essere versato dal Contraente entro e non oltre il 31 Marzo di ciascuna annualità, in base al numero di adesioni raccolte entro il 28 Febbraio ed in funzione ai premi per persona indicati al precedente punto A.6.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

B.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA – PERIODI DI CARENZA

Fermo quanto disciplinato dal secondo comma del presente punto e dai punti B.1 e C.2, la garanzia opera dalle ore 00:00 del 1 gennaio 2023 per tutti gli Assicurati che aderiscano alla convenzione entro le ore 24:00 del 28/2/2023.

Parimenti avverrà per le successive annualità assicurative.

Le adesioni pervenute oltre il termine del 28 febbraio di ciascun anno, non saranno considerate valide e pertanto l'eventuale premio versato verrà restituito.

La totalità dei componenti del nucleo familiare dei soggetti che possono aderire alla presente copertura, così come disciplinato al punto A.2 deve essere inserita nella *polizza* contestualmente all'adesione del titolare di polizza; non è possibile effettuare l'inserimento in copertura dei suddetti familiari in data successiva a quella di effetto della garanzia per soggetti che possono aderire alla presente copertura come così come disciplinato al punto A.2, ad eccezione dei seguenti casi:

- costituzione/estensione del nucleo familiare a seguito di matrimonio o nuova convivenza more uxorio (certificati da Stato di famiglia) o autocertificazione della condizione di famiglia di fatto, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000;

- nascita di un figlio convivente.

L'inclusione dei familiari nei due casi sopra previsti potrà avvenire dalle ore 24 del giorno di pagamento del relativo premio che viene computato come di seguito descritto:

- 100% del premio annuo di cui al punto A.6 per le inclusioni in copertura avvenute nel primo semestre dell'annualità assicurativa;
- 60% del premio annuo di cui al punto A.6 per le inclusioni in copertura avvenute nel secondo semestre dell'annualità assicurativa.

Al termine di ciascuna annualità assicurativa l'assicurato (e relativo nucleo se assicurato), può decidere di non rinnovare la copertura per l'annualità successiva. **Tuttavia, tale scelta comporta l'impossibilità di riattivare la copertura per tutta la durata residua della convenzione stipulata tra Società e CNAPDC.**

La garanzia – nei confronti del singolo Assicurato – decorre:

- per gli *infortuni* dalle ore 00:00 del giorno di effetto dell'assicurazione (o dalle ore 24 del giorno del

successivo inserimento in garanzia);

- per le *malattie* diverse da quelle indicate nell'alinea successivo, **dalle ore 24 del 30° giornosuccessivo a quello di effetto dell'assicurazione (o del successivo inserimento in garanzia);**
- per il parto o le patologie dipendenti da gravidanza o puerperio **dalle ore 24 del 300° giornosuccessivo a quello di effetto dell'assicurazione (o del successivo inserimento in garanzia);**

Se il concepimento viene provato, da adeguata documentazione medica, essere successivo alla decorrenza dell'*assicurazione*, la garanzia — con riferimento agli eventi citati — è prestata nei termini normali previsti (rischio compreso).

In caso di ricovero o di altre prestazioni sanitarie previste in polizza verificatisi in uno dei periodi di tempo suindicati, non verrà corrisposto alcun indennizzo anche per prestazioni aloro connesse ed effettuate oltre i periodi suddetti.

Le carenze sopra indicate si intendono non operanti nel caso in cui l'Assicurato risultasse già in copertura al 31/12/2022 salvo le maggiori somme o le diverse garanzie/prestazioni rispetto alla copertura precedente.

B.3 DURATA DEL CONTRATTO

La convenzione ha durata 3 anni, decorre quindi dalle ore 00:00 del 1° gennaio 2023 ed avrà scadenza alle ore 24:00 del 31/12/2025; si conviene di non rendere operante il regime di tacito rinnovo, pertanto in tale data, la convenzione cesserà i propri effetti senza necessità di alcuna preventiva ulteriore comunicazione, sempre che rimanga in vigore la copertura BASE. La Convenzione sarà da intendersi automaticamente rinnovata a medesimi patti, prezzi e condizioni per ulteriori 24 mesi quindi fino alle ore 24:00 del 31/12/2027 solo in caso di comunicazione dell'esercizio dell'opzione di rinnovo della polizza base da parte della Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti (CNPADC) e resterà quindi in vigore per l'ulteriore periodo di rinnovo sempre che rimanga in vigore la polizza base. Salvo quanto previsto al punto B.2, per tutti gli aderenti alla copertura, questa avrà scadenza alle ore 00 del 01/01 di ogni anno, indipendentemente dal momento di adesione alla convenzione.

Le nuove adesioni o i rinnovi di quelle già effettuate nelle annualità precedenti, devono essere effettuate ogni anno entro il 28 febbraio. Qualora intervengano modifiche al contratto gli *assicurati* hanno la facoltà di recesso alla scadenza della successiva annualità assicurativa.

B.4 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il *Contraente* deve comunicare a Società eventuali aggravamenti del rischio, ivi comprese le variazioni relative al luogo di residenza delle persone assicurate, ai sensi dell'art. 1898 c.c..

B.5 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della *polizza* debbono essere provate per iscritto.

B.6 ONERI FISCALI

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

B.7 FORO COMPETENTE

A scelta della parte attrice, il foro competente è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede Società.

B.8 ALTRE ASSICURAZIONI

Il *Contraente* è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre *polizze* da lui stipulate per il medesimo rischio, **fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.**

B.9 TERMINI DI PRESCRIZIONE

Il termine di prescrizione dei *sinistri* relativi alla presente *polizza* è di due anni a norma dell'art. 2952 c.c..

B.11 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

B.12 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Nel caso in cui gli *Assicurati* sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei *premi* o siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, **il *Contraente* si impegna a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione.**

Il *Contraente* si obbliga inoltre, qualora siano a lui comunicate da Società, a rendere note tempestivamente agli *Assicurati* le informazioni riferibili a eventuali cessazioni di agenzia, assegnazione di portafoglio ad un nuovo intermediario o ad una nuova impresa, modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale dell'impresa, casi di scissione o di fusione con un'altra impresa.

C - LIMITAZIONI

C.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'*assicurazione* vale in tutto il mondo.

C.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'*assicurazione* non comprende le spese sostenute per:

- 1 le conseguenze di:
 - *infortuni* occorsi,
 - *malattie* diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche e esami clinici (strumentali o di laboratorio),prima dell'effetto dell'assicurazione;
- 2 le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della garanzia nei confronti del singolo *Assicurato*;
- 3 infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- 4 sieropositività da virus H.I.V.;
- 5 *infortuni* derivanti da stato di ubriachezza o sotto l'influenza di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico;
- 6 *infortuni* occorsi durante la pratica di sport aerei in genere, la partecipazione a gare motoristiche – non di regolarità pura – e alle relative prove;
- 7 patologie psichiatriche, sindromi nevrotiche e caratteriali o da esaurimento nervoso; psicoterapia e psicoanalisi;
- 8 aborto volontario non terapeutico;

- 9 cure dentarie (e relativi accertamenti diagnostici), ortodontiche e delle parodontopatie, protesidentarie in ogni caso, salvo quanto previsto ai punti A.4.3 e A.4.4.
- 10 acquisto, riparazioni e manutenzione di apparecchi protesici o sanitari;
- 11 malattie professionali di cui al D.P.R. n° 336/94;
- 12 il trattamento delle *malattie* o intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti;
- 13 le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resinecessari da infortunio o neoplasia indennizzabili), dietologiche e fitoterapiche;
- 14 le conseguenze di:
 - atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
 - partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili); atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
 - trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocate) e accelerazione di particelle atomiche (salvo le lesioni subite come paziente per applicazioni radioterapiche);
 - guerre ed insurrezioni;
 - movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

C.3 LIMITI DI ETÀ – PERSONE NON ASSICURABILI

Non è previsto alcun limite di età per gli iscritti alla Cassa, i preiscritti alla Cassa e i pensionati attivi della Cassa mentre **viene convenuto un limite di 80 anni di età per il coniuge o convivente more uxorio, e di 30 anni per ciascun figlio convivente, figlio non convivente ma studente, figlio non convivente per il quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione o altro provvedimento dell'Autorità giudiziaria..**

Viene altresì convenuto un limite di 80 anni di età per i pensionati non attivi della CNPADC, per i Dottori Commercialisti esonerati dall'iscrizione alla Cassa (tenuti al versamento del solo contributo integrativo) per i superstiti di iscritto titolare di pensione di reversibilità o indiretta e per il coniuge o convivente more uxorio, e di 30 anni per ciascun figlio convivente, figlio non convivente ma studente, figlio non convivente per il quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione o altro provvedimento dell'Autorità giudiziaria.; per gli Assicurati che raggiungano il limite di età in corso di copertura, la garanzia opera fino al termine dell'annualità assicurativa.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate, e dalle seguenti infermità mentali; sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, psicosi in genere. L'assicurazione cessa con il manifestarsi di dette infermità e nessun indennizzo è dovuto da Società.

D – SINISTRI

D.1 DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve presentare denuncia a Società entro 120 giorni dall'evento.

La denuncia deve essere corredata dalla necessaria documentazione medica; per cure effettuate all'estero le eventuali traduzioni della stessa saranno effettuate a cura dell'Assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società equalsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso; devono altresì provvedere all'presentazione, ove richiesta, della copia della cartella clinica.

Le spese relative ai certificati medici sono a spese dell'Assicurato.
Ogni denuncia deve essere riferita ad un solo Assicurato e ad un solo evento patologico.

D.2 LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

L'utilizzo delle prestazioni assicurate può svolgersi con le seguenti modalità:

- Ricorso a strutture sanitarie e medici entrambi convenzionati (la relativa procedura di denuncia e liquidazione è disciplinata al successivo punto D.3)
- Ricorso a strutture sanitarie e/o medici non convenzionati (la relativa procedura di denuncia e liquidazione è disciplinata al successivo punto D.4)
- Ricorso al Servizio Sanitario Nazionale (la relativa procedura di denuncia e liquidazione è disciplinata al successivo punto D.5)

D.3 UTILIZZO DI STRUTTURE E MEDICI ENTRAMBI CONVENZIONATI

Per le prestazioni di cui ai punti 4.1.1 (Visite e Accertamenti Diagnostici) è data possibilità all'Assicurato di usufruire del servizio di pagamento in forma diretta attivato direttamente presso la struttura sanitaria (senza necessità di telefonare alla società). È necessario contattare, almeno 3 giorni prima, la struttura sanitaria per prenotare la prestazione comunicando la volontà di attivare il servizio Diretta; contestualmente occorre fornire alla struttura un numero di cellulare e un indirizzo e-mail. La struttura provvederà ad inoltrare la richiesta di attivazione della diretta al Network. La Società fornirà una comunicazione sulle modalità di erogazione della prestazione tramite SMS e/o e-mail almeno 24 ore prima della visita o dell'accertamento. Al momento dell'esecuzione della prestazione presso la struttura sanitaria, l'Assicurato deve sottoscrivere la "Richiesta di prestazione" / Presa in carico.

Per le altre prestazioni per le quali è previsto il pagamento in forma diretta, prima di accedere alla struttura sanitaria **l'Assicurato deve sempre telefonare - con un preavviso telefonico di almeno 3 giorni lavorativi (elevati a 5 giorni lavorativi se all'Estero) prima della data del ricovero o di erogazione della prestazione extra ricovero – alla Centrale Operativa** ai seguenti numeri telefonici:

Centrale Informativa:

dall'Italia: 800178455

dall'estero: +39.06.99503401 (a pagamento)

Centrale di Assistenza:

dall'Italia: 800554084

dall'estero: +39.011.74.17.180 (a pagamento)

la centrale Operativa è a disposizione degli Assicurati:

- ◆ dalle ore 8.30 alle ore 19.30 dei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 13 del sabato, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- ◆ 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

Al momento dell'accesso alla struttura sanitaria, **l'Assicurato si fa riconoscere e sottoscrive la "Richiesta di prestazione"**, che costituisce la prima denuncia del *sinistro*.

Al momento della dimissione **l'Assicurato deve sostenere in proprio le spese di sua competenza (scoperto, franchigia, prestazioni non contemplate dalla garanzia).**

La Società provvede al pagamento delle spese nei termini previsti dalla polizza, disponendo anche la raccolta della relativa documentazione presso la struttura sanitaria; curerà in seguito la restituzione all'Assicurato della documentazione delle spese con annotazione della avvenuta liquidazione.

A tal fine l'Assicurato delega la società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza. La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il *massimale* assicurato o non autorizzate.

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che la Società non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzione fornite dalle strutture sanitarie e dai medici chirurghi con essa convenzionati; pertanto, prendono atto che in qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture e ai medici chirurghi che hanno prestato i servizi richiesti.

La Società è comunque a completa disposizione del Contraente e degli Assicurati per qualsiasi informazione inerente la prestazione dei servizi.

Resta inteso che:

- ◆ qualora l'Assicurato utilizzi medici non convenzionati (c.d. "forma mista") deve provvedere in proprio al pagamento delle spese sostenute, che, al ricevimento della relativa documentazione, sono rimborsate dalla Società a termini di polizza;
- ◆ le spese relative alle prestazioni sanitarie garantite nei giorni precedenti e successivi al ricovero o all'intervento chirurgico previste al punto A.3.1 lett. a), lett. f) e lett. g) non sono pagate direttamente, ma rimborsate al ricevimento della relativa documentazione di spesa, con indicazione del ricovero o dell'intervento chirurgico cui si riferiscono;
- ◆ nel caso in cui la Società non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'Assicurato deve sostenere in proprio le relative spese;
- ◆ l'Assicurato che si avvale delle prestazioni del Provider, delega la Società a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dal contratto;
- ◆ qualora il sinistro risultasse non risarcibile, l'Assicurato si impegna a restituire gli importi eventualmente pagati direttamente per suo conto da Società.

D.4 UTILIZZO DI STRUTTURE E/O MEDICI NON CONVENZIONATI

Fermo quanto stabilito dagli artt. 1910 (assicurazione presso diversi assicuratori) e 1915 (inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio) del Codice Civile, **l'Assicurato deve - aguarigione clinica avvenuta - inviare la denuncia alla Società, allegando la documentazione medica e delle spese.**

In particolare, **l'Assicurato deve fornire:**

- ◆ copia della cartella clinica completa, esiti di accertamenti diagnostici, prescrizioni mediche, terapie e trattamenti con relative diagnosi;
- ◆ copie fatture e delle notule di spesa fiscalmente regolari e quietanzate, a cui seguirà indicazione della liquidazione effettuata.

RICHIESTA DI RIMBORSO TRAMITE UPLOAD

L'Assicurato, una volta 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.postewelfareservizi.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.

RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA

Si ricorda che per coloro che non dispongano di un accesso ad Internet, le richieste di rimborso potranno essere avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo) ovvero attraverso l'invio di tutta la documentazione direttamente all'indirizzo indicato sul modulo dedicato.

In caso di ricorso ad attività libero-professionale "intramoenia" con utilizzo di medici non convenzionati, operano le modalità liquidative descritte al presente punto.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunte dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A.

Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

La diagnosi della patologia deve essere sempre fornita, pena la decadenza del diritto all'indennizzo, in relazione alle Prestazioni Extra ricovero di cui al punto A.4.1.

Ricevuta la documentazione la Società provvede al rimborso delle spese indennizzabili a termini di polizza.

Qualora, in caso di utilizzo di strutture sanitarie private non accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale siano state attivate le procedure per ottenere il contributo previsto per l'assistenza in forma indiretta, e il riconoscimento del diritto al contributo venga certificato e attestato nel suo ammontare dal Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà l'importo residuo a carico dell'Assicurato relativamente a quanto oggetto di valutazione da parte del Servizio Sanitario Nazionale (competenze della Casa di Cura/retta di degenza), **applicando il disposto:**

- del punto A.3.9 lett. b) "Utilizzo di strutture sanitarie e/o medici non convenzionati per quanto non sia oggetto di valutazione del Servizio Sanitario Nazionale, relativamente alle prestazioni connesse al ricovero;
- del punto A.4.1 laddove si disciplinano franchigie/scoperti applicabili in caso di utilizzo di poliambulatori e/o medici non convenzionati, per le prestazioni *visite specialistiche* e accertamenti diagnostici.

D.5 UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per le prestazioni previste dal punto A.3 Ricovero, le cui spese siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, **l'Assicurato deve presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato della cartella clinica conforme all'originale, per ottenere la corresponsione della prestazione "Indennità sostitutiva" nei termini di cui al punto A.3.6.**

Per le prestazioni previste dal punto A.4 Extra ricovero, vale quanto disciplinato al punto A.4.1 ultimo comma.

D.6 CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle

spese e delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale. Le decisioni del Collegio medico sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale.

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

Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente. Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

D.7 DATA DEL SINISTRO

Per "data in cui si è verificato il *sinistro*" si intende il giorno in cui si è verificato il *ricovero* o *l'intervento chirurgico in day hospital/day surgery* o *l'intervento chirurgico ambulatoriale*; per le prestazioni extra ricovero si intende la data della prima prestazione sanitaria erogata.

La Società effettua, nei limiti del *massimale* annuo, il rimborso delle spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del sinistro, e comunque non oltre 3 mesi dalla scadenza del contratto.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Il Contraente _____

Il Contraente approva specificatamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 Codice Civile: artt. B.3, C.3, e D.1 delle Condizioni di Assicurazioni

Il Contraente _____

OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi e di conseguenza siano direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione il Contraente si obbliga a consegnare loro le Condizioni di Assicurazione

Il Contraente _____

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione delle Condizioni di assicurazione.

Il Contraente _____

La Società

Informativa privacy

ai sensi del Regolamento 2016/679/UE “Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali” (articoli 13 e seguenti)

Poste Assicura S.p.A. (di seguito Compagnia) facente parte del Gruppo Assicurativo Poste Vita appartenente al Gruppo Poste Italiane - con sede in Roma, Viale Europa 190 che opera in qualità di “titolare” del trattamento, desidera fornirLe le indicazioni chiare e semplici circa il trattamento dei Suoi dati personali. In caso di qualsiasi dubbio o chiarimento rispetto a quanto riportato di seguito, La invitiamo a contattarci ai recapiti del Presidio Privacy della Compagnia sotto indicati.

ALCUNE DEFINIZIONI PRINCIPALI

Il «**dato personale**» è qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («**interessato**»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale.

Il «**trattamento**» è qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati applicate a dati personali, quali la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento, la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, la diffusione, la messa a disposizione, il raffronto, l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione, la distruzione.

Il «**Titolare del trattamento**» è la persona giuridica che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento di dati personali.

Il «**Contitolare**» è la persona giuridica che determina congiuntamente ad uno o più Titolari Titolari le finalità e i mezzi del trattamento dei dati personali dell'interessato, le responsabilità in merito all'osservanza degli obblighi derivanti dalla normativa applicabile.

Il «**Responsabile del Trattamento**» è la persona fisica o giuridica che tratta i dati personali per conto del Titolare del trattamento.

Il «**consenso**» dell'interessato è la manifestazione di volontà libera, specifica, informata e inequivocabile dell'interessato, con la quale lo stesso manifesta il proprio assenso, mediante dichiarazione o azione positiva inequivocabile, affinché i dati personali che lo riguardano siano oggetto di trattamento.

Per «**marketing**» si intende l'espletamento delle attività a carattere commerciale, pubblicitario e promozionale, quale ad esempio in maniera non esaustiva l'invio di materiale pubblicitario, la vendita diretta, il compimento di ricerche di mercato o la comunicazione commerciale, o le attività promozionali svolte nell'ambito di eventi e manifestazioni a premio promosse dalla Compagnia.

La «**profilazione**» è il trattamento con mezzi informatici e automatizzati consistente nell'utilizzo di tali dati personali per valutare determinati aspetti personali o relativi al rendimento professionale, la situazione economica, le preferenze personali, gli interessi, l'affidabilità nei pagamenti, il comportamento, l'ubicazione o gli spostamenti della persona fisica.

SOGGETTI AUTORIZZATI A TRATTARE I DATI PERSONALI

In relazione al singolo servizio richiesto, La Compagnia potrà trattare i Suoi dati personali unitamente ad altri:

- Titolari, quando determinano le finalità e i mezzi del trattamento esclusivamente per la parte di propria competenza nell'ambito dell'esecuzione del servizio richiesto. Tali soggetti sono tenuti a rendere la propria informativa privacy al cliente;
- Contitolari, quando determinano, congiuntamente al Gruppo Assicurativo Poste Vita, le finalità e i mezzi del trattamento nell'ambito dell'esecuzione di un determinato servizio richiesto. In tal caso l'informativa privacy viene resa dal Contitolare congiuntamente al Gruppo Assicurativo Poste Vita.

Gli incaricati sono i dipendenti del Gruppo Assicurativo Poste Vita e le figure assimilate, addetti materialmente al trattamento dei dati personali e autorizzate dal Titolare, direttamente o per il tramite dei delegati.

Inoltre, per lo svolgimento di alcune attività strumentali all'esecuzione del servizio richiesto, ovvero in relazione ad obblighi di legge e comunque in conformità alla normativa sulla protezione dei dati personali la Compagnia potrà nominare i Responsabili esterni del trattamento (terze parti che effettuano il trattamento dei dati personali per conto della Compagnia).

Per conoscere nel dettaglio le informazioni riguardanti la presenza di eventuali Titolari, Contitolari e dei principali Responsabili in base al servizio richiesto può rivolgersi al Presidio Privacy del Gruppo Assicurativo Poste Vita, tramite i seguenti canali: e-mail: privacy@postevita.it; posta tradizionale: Viale Europa 190 - 00144 Roma.

CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI

Senza che sia necessario un consenso esplicito, la Compagnia potrà comunicare i Suoi dati personali alle seguenti categorie di soggetti:

- intermediari assicurativi e riassicurativi ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; consulenti tecnici ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Compagnia, quali professionisti legali, periti e medici; cliniche convenzionate; società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di consulenza per tutela giudiziaria;
- società di servizi informatici, telematici e di telecomunicazione; società per la lavorazione, elaborazione e archiviazione dei dati; società di servizi postali per le comunicazioni dirette agli interessati; società (es. call center) per attività di assistenza; società di revisione e certificazione delle attività svolte dalla Compagnia anche nell'interesse della clientela;

società di assistenza e consulenza; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; soggetti che svolgono attività di garanzia assegni;

- autorità e organi di vigilanza e controllo e in generale soggetti, pubblici o privati, con funzioni di rilievo pubblicistico (es. IVASS, CONSOB, COVIP, ANIA, CIRT, CONSAP, Banca d'Italia, UIF, ecc.); soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi ai danni degli intermediari finanziari.
- soggetti che operano, ad esempio, in materia di sistemi elettronici, assistenza, consulenza, qualità, stampa e imbustamento, servizi finanziari e assicurativi, recupero crediti, revisione e certificazione, lavorazioni massive di documenti;
- soggetti cui tale comunicazione debba essere effettuata per adempiere a prescrizioni dettate da normative nazionali e comunitarie (ad esempio: antiterrorismo, prevenzione delle frodi sulle carte di pagamento, accertamenti fiscali e tributari, prestazione di servizi di investimento) nonché a disposizioni impartite da Organi di Vigilanza e Controllo.

Inoltre, per finalità amministrativo-contabili la Compagnia potrà comunicare i dati personali alle Società del Gruppo Poste Italiane. Tali trattamenti sono connessi allo svolgimento delle attività di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile, a prescindere dalla natura dei dati trattati (in particolare: attività organizzative interne, quelle funzionali all'adempimento di obblighi contrattuali e precontrattuali, alla tenuta della contabilità e all'applicazione delle norme in materia fiscale, previdenziale-assistenziale, di salute, igiene e sicurezza sul lavoro).

DATA PROTECTION OFFICER

Il Data Protection Officer (DPO) è il Responsabile della protezione dei dati personali ed è designato dal Titolare per assolvere alle funzioni espressamente previste dal Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali. Il DPO è reperibile presso l'ufficio del Responsabile della Protezione dei Dati di Poste Italiane, in viale Europa, 175 - 00144 Roma, e-mail: ufficiorpd@posteitaliane.it.

ORIGINE DEI DATI PERSONALI

Al fine di fornire i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o previsti a favore dell'interessato, i dati personali che la Compagnia tratta sono raccolti presso l'interessato, al momento della richiesta del prodotto o del servizio oppure nel corso del rapporto contrattuale nonché, presso altri soggetti inerenti al rapporto contrattuale (es. contraenti di assicurazione in cui l'interessato risulti essere assicurato, beneficiario, coobbligati ecc.) e/o intermediari assicurativi e riassicurativi (quali, Poste Italiane S.p.A. - patrimonio Bancoposta, i soggetti addetti all'intermediazione quali dipendenti, collaboratori ed altri incaricati dell'intermediario stesso per l'attività svolta al di fuori dei locali dove lo stesso opera; agenti; broker di assicurazione, ecc.).

I dati personali possono altresì, essere raccolti, telefonicamente tramite Contact center o corrispondenza elettronica, oppure possono essere ottenuti attraverso altri canali quali, ad esempio, siti web (social network, chat, App, installazione di cookie: per i cookie di terze parti ti invitiamo a prendere visione della relativa informativa pubblicata sui siti delle terze parti). I Suoi dati possono essere associati a identificativi online prodotti dai dispositivi, dalle

applicazioni, dagli strumenti e dai protocolli utilizzati, quali gli indirizzi IP, a marcatori temporanei (cookies) o a identificativi di altro tipo. Tali identificativi possono lasciare tracce che, se combinate con identificativi univoci e altre informazioni ricevute dai server, possono essere utilizzate, con il Suo consenso, per creare profili individuali.

BASE GIURIDICA, FINALITA' DEL TRATTAMENTO E DEL CONFERIMENTO DEI DATI

La Compagnia tratta i Suoi dati personali nel quadro delle finalità "assicurative", quando è necessario nell'ambito di un contratto o ai fini della conclusione ed esecuzione di un contratto o dell'esecuzione di misure pre e post contrattuali (es. predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni). Il trattamento dei Suoi dati potrà altresì avvenire in conformità ad un obbligo di legge (es. per adempiere alle disposizioni normative vigenti in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di finanziamento del terrorismo internazionale).

Per finalità amministrativo- contabili, la Compagnia potrà comunicare i Suoi dati personali a Poste Italiane S.p.A. e/o società del Gruppo Poste Italiane. Tali trattamenti sono connessi allo svolgimento delle attività di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile, a prescindere dalla natura dei dati trattati (in particolare: attività organizzative interne, quelle funzionali all'adempimento di obblighi contrattuali e precontrattuali, alla tenuta della contabilità e all'applicazione delle norme in materia fiscale, previdenziale-assistenziale, di salute, igiene e sicurezza sul lavoro).

Per queste finalità il conferimento dei dati è necessario, in mancanza dello stesso non è possibile fornirLe il servizio richiesto.

Il trattamento dei Suoi dati personali potrà inoltre essere considerato lecito quando:

- è necessario per l'esecuzione di un compito svolto nel pubblico interesse;
- è basato sul diritto dell'Unione o di uno Stato membro per l'esercizio di pubblici poteri;
- è necessario per proteggere un interesse essenziale per la vita dell'interessato o di un'altra persona fisica;
- è effettuato per finalità diverse da quelle per le quali i dati personali sono stati inizialmente raccolti, se compatibile con le finalità per le quali i dati personali sono stati inizialmente raccolti;
- è effettuato per legittimo interesse del Titolare del trattamento, o di terzi.

Inoltre, la Compagnia potrà trattare i Suoi dati personali nel caso in cui Lei avesse rilasciato un esplicito e facoltativo consenso per attività di marketing, ovvero per attività di profilazione.

Con il Suo consenso alla profilazione, la Compagnia effettuerà, con mezzi informatici automatizzati, delle analisi o elaborazioni volte a rilevare le preferenze di utilizzo dei servizi offerti al fine di migliorarli e renderli più aderenti alle Sue esigenze, sia aggregando i dati in classi omogenee sia elaborando profili individuali.

Infine, per la fornitura di prodotti e/o servizi assicurativi ed in particolare sia per alcune tipologie di prodotto offerte nell'ambito della linea Protezione sia nell'ambito del servizio di liquidazione

sinistri, la Compagnia ha la necessità di trattare **particolari categorie di dati personali**, quali dati relativi alla salute.

Il Suo consenso esplicito per il trattamento di tali dati, raccolto nei limiti delle sole finalità assicurative sopra descritte, verrà richiesto all'interno di specifica modulistica messa a disposizione dell'Interessato (si rinvia a quanto inserito a margine di tale informativa). La Compagnia tratta tali dati necessari esclusivamente per dare seguito a specifici servizi ed operazioni richieste dai clienti, ad esempio, la liquidazione dei sinistri.

La Compagnia potrà effettuare trattamento di dati personali relativi a condanne penali e reati esclusivamente nei casi autorizzati dalla legge o dall'Autorità pubblica.

MODALITA' DI TRATTAMENTO E CONSERVAZIONE DEI DATI

Il trattamento dei Suoi dati personali sarà effettuato in modo da garantire un'adeguata sicurezza e riservatezza e da impedire l'accesso o l'utilizzo non autorizzato dei dati personali. Pertanto, i Suoi dati personali saranno trattati e conservati nel pieno rispetto dei principi di necessità, minimizzazione dei dati e limitazione del periodo di conservazione, mediante l'adozione di misure tecniche ed organizzative adeguate al livello di rischio dei trattamenti e per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati, comunque per il periodo previsto dalla legge.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei ha il diritto di ottenere dalla Compagnia l'accesso alle seguenti informazioni: le finalità del trattamento, le categorie di dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati (compresi destinatari di paesi terzi o organizzazioni internazionali), il periodo di conservazione dei dati personali previsto oppure, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo, l'origine dei dati personali, l'esistenza di un processo di profilazione e informazioni sulla logica utilizzata.

Inoltre, ha il diritto di:

- ottenere la rettifica dei dati personali inesatti;
- ottenere l'integrazione dei dati personali incompleti;
- ottenere la limitazione del trattamento dei dati personali (in tal caso, i dati sono trattati soltanto con il Suo consenso, salvo che per la necessaria conservazione degli stessi);
- opporsi al loro trattamento;
- ottenere la cancellazione («diritto all'oblio»);
- ottenere la portabilità dei dati, ovvero la trasmissione dei Suoi dati personali da un Titolare del trattamento ad un altro, qualora tecnicamente fattibile.

Per esercitare i Suoi diritti, può rivolgersi al **Presidio Privacy** della Compagnia, tramite i seguenti canali: e-mail: privacy@postevita.it; posta tradizionale: Viale Europa 190, 00144 Roma.

DIRITTO DI PROPORRE RECLAMO

Qualora ritenesse che i trattamenti effettuati dalla Compagnia possano aver violato le norme del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali, ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 77 del Regolamento 2016/679/UE.

DIRITTO DI REVOCA DEI CONSENSI E CANALI DI CONTATTO

Le ricordiamo che gli eventuali consensi (es. per finalità di marketing o di profilazione) saranno sempre revocabili. La revoca non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca stessa.

I canali di contatto utilizzati dal Gruppo Assicurativo Poste Vita per effettuare attività di marketing sono: telefono con o senza operatore, posta cartacea, posta elettronica, telefax, messaggi del tipo SMS, MMS, o di altro tipo, siti web. In qualsiasi momento potrà opporsi al trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di marketing, incluse le finalità di profilazione ad esse connesse. Inoltre, se preferisce essere contattato esclusivamente con modalità tradizionali (posta cartacea, telefono con operatore), in qualsiasi momento potrà opporsi anche soltanto ai mezzi automatizzati di contatto (e-mail, sms, mms, fax, telefono senza operatore).

TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A UN PAESE TERZO

Il trasferimento di dati personali da Paesi appartenenti all'UE verso Paesi "terzi" non appartenenti all'UE è vietato, in linea di principio, a meno che il Titolare o il Responsabile del trattamento garantisca un livello di protezione "adeguato". Non verranno effettuati trasferimenti dei dati verso Paesi terzi, fatti salvi i servizi espressamente richiesti dal cliente o gli specifici casi per i quali la Compagnia adatterà adeguate garanzie e provvederà ad informare l'interessato.

TUTELA DEI MINORI

I minori possono essere meno consapevoli dei rischi, delle conseguenze, nonché dei loro diritti in relazione al trattamento dei dati personali, pertanto il Gruppo Assicurativo Poste Vita rivolge loro una specifica protezione, con particolare riguardo all'utilizzo dei dati personali per fini di marketing o di creazione di profili individuali e alla raccolta di dati personali nell'ambito dei servizi forniti direttamente al minore. Per quanto riguarda l'offerta diretta di servizi della società dell'informazione (ovvero qualsiasi servizio prestato per via elettronica), il trattamento di dati personali richiede il consenso esplicito del minore ed è lecito ove il minore abbia compiuto l'età minima prevista dalla legge applicabile.

(Informativa privacy da firmare e datare al momento della denuncia del sinistro)

Informativa privacy

ai sensi del Regolamento 2016/679/UE "Regolamento europeo in materia di protezione dei

dati personali” (articoli 13 e seguenti)

Con riferimento all'Informativa Privacy ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR), ricevuta all'atto di sottoscrizione della polizza per il tramite del Contraente di polizza e comunque reperibile sul sito www.poste-assicura.it, Le evidenziamo che per le attività di gestione e di liquidazione dei sinistri, Poste Assicura S.p.A (di seguito Compagnia), in qualità di Titolare del trattamento, si avvale di diversi soggetti ai quali potrebbe comunicare i suoi dati. Si tratta, in particolare, di intermediari assicurativi e riassicurativi (es. broker, agenti), consulenti tecnici ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Compagnia, quali professionisti legali, periti e medici; cliniche convenzionate; società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri. Tali soggetti operano in qualità di Titolari autonomi o di Responsabili.

La informiamo che l'elenco dettagliato di tali soggetti è disponibile scrivendo al Presidio Privacy della Compagnia, tramite i seguenti canali: e-mail privacy@postevita.it, posta tradizionale: Viale Europa, 190 00144 Roma.

Ciò premesso, acconsento al trattamento dei miei dati personali relativi alla salute per le attività di gestione e liquidazione dei sinistri.

Qualora la copertura assicurativa sia estesa ai componenti del Suo nucleo familiare, limitatamente a figli minorenni, Lei si assumerà personalmente ogni tipo di responsabilità rispetto a tutti i dati personali relativi alla salute dei suindicati familiari per le attività di gestione e liquidazione sinistri forniti alla compagnia.

Luogo e data/...../.....

Firma dell'Assicurato (o di chi ne fa le veci)

Le segnaliamo che il consenso al trattamento dei dati relativi alla salute è necessario e che l'eventuale assenza non consente l'avvio della pratica di liquidazione.



Firmato da PEZZI ANDREA

La Firma è stata verificata correttamente

Dettagli ▼

Torna alla home

Visualizza

Salva

Apri cartella

Report

Salva Certificati