

POLIZZA SALUTE PROTETTA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

SET INFORMATIVO

Il presente Set informativo, contenente:

- DIP Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni
- DIP AGGIUNTIVO Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo dei contratti di assicurazione danni
- Condizioni di assicurazione comprensive del Glossario
- Facsimile Questionario sanitario
- Informativa sul trattamento dei dati personali – GDPR n.° 679 / 2016

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto

Ultimo aggiornamento 1/12/2020

POLIZZA MALATTIA
PRODOTTO "SALUTE PROTETTA" 07/2020

DIP – DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE DELLE POLIZZE DI ASSICURAZIONE DANNI

COMPAGNIA – ASSICURATRICE MILANESE S.p.A.

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza, presta coperture atte alla tutela economica dell'Assicurato conseguentemente a spese di cura rese necessarie da malattia o infortunio. E' altresì prevista la copertura di invalidità permanente da malattia che ha per oggetto il pregiudizio derivante dalla perdita o dalla riduzione a carattere permanente della capacità lavorativa.

Ogni copertura è assicurabile in base a libera scelta ed esigenza specifica.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Le spese di cura derivanti da infortunio e malattia, nei casi ad esempio:
 - o Di ricovero
 - o Di intervento chirurgico anche senza ricovero
 - o Parto ed aborto comportanti ricovero
 - o Prestazioni praticate in "Day Hospital"
 - o Le spese relative al periodo di ricovero, quali l'assistenza medica, le cure, i trattamenti fisioterapici, ed altro
 - o Le rette di degenza
 - o Le spese di trasporto in ambulanza
 - o Le spese per accertamenti diagnostici pre ricovero
 - o Le spese per prestazioni mediche, infermieristiche, esami, medicinali, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali, post ricovero
- ✓ Il pagamento di una indennità giornaliera (opzionale) a seguito di ricovero in Istituto di cura reso necessario da malattia o infortunio, parto e aborto terapeutico
- ✓ Il pagamento di un indennizzo in caso di perdita o riduzione definitiva (Invalidità permanente), della capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo

E' altresì possibile attivare ulteriori garanzie opzionali:

Una indennità giornaliera da convalescenza post ricovero

- ✓ Il rimborso delle spese mediche per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici che non diano luogo ad intervento chirurgico o ricovero



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici, anteriori alla stipula dell'assicurazione, sottaciuti alla Compagnia
- ✗ Intossicazioni conseguenti ad abuso di psicofarmaci e/o alcool
- ✗ Malattie mentali e disturbi psichici
- ✗ L'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza
- ✗ Le cure e gli interventi per la eliminazione o la correzione di difetti fisici preesistenti alla stipula della polizza
- ✗ Le spese odontoiatriche
- ✗ Le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni
- ✗ Non sono altresì assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività H.I.V., A.I.D.S., sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, epilessia, forme maniaco-depressive o stati paranoici



Ci sono limiti di copertura?

- ! In caso di esistenza di altre polizze per lo stesso rischio
- ! Le garanzie possono presentare franchigie, scoperti e limiti di indennizzo specifici

! La Compagnia risarcisce il danno fino alla somma massima assicurata per ogni garanzia prestata, e stabilita in polizza.



Dove vale la copertura?

- ✓ In tutto il mondo, per le spese sostenute all'estero il rimborso viene eseguito in Italia in Euro



Che obblighi ho?

- ! Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza o la riduzione dell'indennizzo.
- ! In caso di sinistro devi darne avviso non appena ne hai avuto conoscenza ed in ogni caso entro i 30 giorni successivi



Quando e come devo pagare?

- ✓ Il premio deve essere pagato al rilascio della polizza. Il pagamento del premio può essere effettuato attraverso assegno bancario o circolare, bonifico bancario, bollettino postale, con strumenti elettronici di pagamento, con denaro contante nei limiti previsti dalle Norme in vigore. Il premio è comprensivo di imposte



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- ✓ La copertura ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se la prima rata di premio è stata pagata, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.
- ✓ La validità dell'assicurazione è annuale, salvo quanto diversamente pattuito ed indicato in polizza
- ✓ Sono previsti casi con termini di aspettativa (detti anche carenze) per i quali la copertura assicurativa inizia
 - o Dal 90° giorni per le malattie
 - o Dal 300° giorno per il parto

Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante, con il termine di aspettativa di 60 giorni, soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione



Come posso disdire la polizza?

- ✓ E' possibile disdire il contratto mediante lettera raccomandata da inviare alla Compagnia o all'agenzia presso la quale è appoggiata la polizza, almeno 60 giorni prima della scadenza dell'assicurazione

POLIZZA MALATTIA
PRODOTTO "SALUTE PROTETTA"

DIP AGGIUNTIVO – DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO DELLE POLIZZE
DI ASSICURAZIONE DANNI ED. 12/2020 – ultima disponibile

COMPAGNIA – ASSICURATRICE MILANESE S.p.A.

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

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

Informazioni relative all'Impresa di Assicurazione

Assicuratrice Milanese S.p.A. Società di Assicurazioni in forma di società per azioni, fondata nel 1988, Società appartenente al "Gruppo Assicurativo Modena Capitale" e soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale S.p.A., iscritta all'Albo delle Società Capogruppo al numero 009.

Sede legale e Direzione Generale Corso Libertà 53 – 41018 San Cesario Sul Panaro MO Italia.

Recapito Telefonico: 059 7479111 – Fax 059 7479112 – Sito web www.assicuratricemilanese.it – indirizzo di posta elettronica: info@assicuratricemilanese.it – assicuratricemilanese@legalmail.it

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13/12/1988 pubblicato sulla Gazzetta ufficiale n 298 del 21/12/1988, ed iscritta al numero 1.00077 dell'Albo delle Imprese di Assicurazione.

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Il Patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 47.064.276, mentre il capitale Sociale dell'impresa ammonta ad € 40.000.000,04. La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari € 3.870.045.

Il Solvency Capital Requirement (SCR) è pari a € 24.476.414 e il Minimum Capital Requirement (MCR) è pari a € 7.903.783. Il Solvency Ratio (SCR Ratio) è pari a 214,15% e il Minimum Capital Requirement Ratio (MCR ratio) è pari a 651,65%.

I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2019.

Si precisa, che i dati sono riportati nella "Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria (SFCR)" disponibile sul sito internet della Compagnia nella sezione "Chi siamo – Relazioni SFCR". La relazione è recuperabile anche al seguente link:

https://www.assicuratricemilanese.it/news/leggi_area.asp?ART_ID=1774&MEC_ID=175&MEC_IDFiglie=0&ARE_ID=16

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza presta coperture atte alla tutela economica dell'Assicurato conseguentemente a spese di cura rese necessarie da malattia o infortunio. È altresì prevista la copertura di invalidità permanente da malattia che ha per oggetto il pregiudizio derivante dalla perdita o dalla riduzione a carattere permanente della capacità lavorativa.

Ogni copertura è assicurabile in base a libera scelta ed esigenza specifica.



Che cosa è assicurato?

Oltre a quanto previsto dal DIP Danni – Salute protetta

SEZIONE MALATTIA / INFORTUNI

- **Rimborso spese mediche**
 - Le spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista, di ogni altro soggetto partecipante all'intervento
 - I Diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento
- **Diaria da ricovero**
 - Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite dal DIP Danni – Salute protetta

SEZIONE MALATTIA

- **Invalidità permanente da malattia**
 - L'indennizzo per il caso di invalidità permanente conseguente a malattia

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

SEZIONE MALATTIA / INFORTUNI

Opzioni con riduzioni di premio

- Non sono previste opzioni con riduzioni di premio

Opzioni con pagamento del premio

- Rimborso spese mediche per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici – è possibile estendere la copertura assicurativa alle spese rese necessarie da malattia o da infortunio, che non diano luogo ad intervento chirurgico o a ricovero, sostenute per onorari medici, per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici
- Indennità giornaliera per convalescenza – è possibile estendere la copertura assicurativa ad una indennità giornaliera di convalescenza in presenza della garanzia "Diaria da ricovero"

SEZIONE MALATTIA

Opzioni con riduzioni di premio

- Non sono previste opzioni con riduzioni di premio

Opzioni con pagamento del premio

- Non sono previste opzioni con pagamento di premio

Non è prevista alcuna penale in caso di violazione dell'accordo



Che cosa non è assicurato?

Oltre a quanto previsto dal DIP Danni – Salute protetta

SEZIONE MALATTIA / INFORTUNI

- Gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato
- L'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici
- Le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e dall'accelerazione di particelle atomiche
- Le conseguenze dirette o indirette originate da contaminazione nucleare, biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere
- Prestazioni per malattie e infortuni, incluse complicazioni e conseguenze tardive, in relazione a epidemie e pandemie.

SEZIONE MALATTIA

- Le invalidità permanenti da malattia già accertate, le quali non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie
- Prestazioni per malattie, incluse complicazioni e conseguenze tardive, in relazione a epidemie e pandemie.

Per le opzioni con pagamento di premio aggiuntivo

SEZIONE MALATTIA / INFORTUNI

Opzioni con riduzioni di premio

- Non sono previste opzioni con riduzioni di premio

Opzioni con pagamento del premio

- Rimborso spese mediche per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici
 - Le spese per le visite pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche
- Indennità giornaliera per convalescenza
 - Non sono previste particolari esclusioni

SEZIONE MALATTIA

Opzioni con riduzioni di premio

- Non sono previste opzioni con riduzioni di premio

Opzioni con pagamento del premio

- Non sono previste opzioni con pagamento di premio



Ci sono limiti di copertura?

Oltre a quanto previsto dal DIP Danni – Salute protetta

Sono previsti i seguenti limiti di garanzia

SEZIONE MALATTIA / INFORTUNI

Per tutte le garanzie di Sezione

- Per le malattie la garanzia decorre dal 90° giorno successivo all'effetto della polizza
- Per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati, anteriormente alla stipulazione del contratto, nonché per il parto, dal 300° giorno successivo all'effetto della polizza
- L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 70 anni
- **Rimborso spese mediche**
 - La garanzia "rette di degenza" viene prestata con un limite massimo di indennizzo di Euro 350 giornaliero
 - Nei casi di parto senza taglio cesareo, di aborto, la somma rimborsabile è limitata al 10% del massimale di polizza con il massimo di Euro 1.500
 - Nei casi di intervento sulle tonsille o vegetazioni adenoidi effettuato su bambini di età inferiore a 9 anni, la somma rimborsabile è limitata al 10% del massimale di polizza con il massimo di Euro 1.500
 - Nei casi di parto con taglio cesareo, la somma rimborsabile è limitata al 10% del massimale di polizza con il massimo di Euro 5.000
- **Diaria da ricovero**
 - La garanzia viene prestata per una durata massima di 180 giorni
 - Nei casi di intervento sulle tonsille o vegetazioni adenoidi effettuato su bambini di età inferiore a 9 anni, la garanzia viene prestata per un massimo di 5 giorni
 - Nei casi di parto con taglio cesareo, la garanzia viene prestata per un massimo di 5 giorni

SEZIONE MALATTIA

- **Invalidità permanente da malattia**
 - L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 65 anni
 - La garanzia viene prestata le sole invalidità permanenti superiori al 25%

Per le opzioni con pagamento di premio aggiuntivo

SEZIONE MALATTIA / INFORTUNI

Opzioni con riduzioni di premio

- Non sono previste opzioni con riduzioni di premio

Opzioni con pagamento del premio

- Rimborso spese mediche per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici
 - La garanzia viene prestata nel limite del 10% del massimale assicurato per la garanzia "Rimborso spese mediche", con il limite di Euro 1.500 per anno e con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di Euro 100
- Indennità giornaliera per convalescenza
 - La garanzia viene prestata nel limite del 50% dell'importo convenuto per la garanzia "diaria da ricovero" e per un periodo massimo di 60 giorni

SEZIONE MALATTIA

Opzioni con riduzioni di premio

- Non sono previste opzioni con riduzioni di premio

Opzioni con pagamento del premio

- Non sono previste opzioni con pagamento di premio



Che obblighi ho?

Cosa fare in caso di sinistro

Validi per tutte le Sezioni

- **Denuncia di sinistro** – in caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Società entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza. L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa.
- **Assistenza diretta / in convenzione** – relativamente alle coperture prestate dal presente prodotto non sono previsti interventi di assistenza diretta o in convenzione
- **Gestione da parte di altre Imprese** – non prevista
- **Prescrizione** – i diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda

Dichiarazioni inesatte o reticenti

- Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni – Salute protetta

Obblighi della Società

- Verificata l'operatività della garanzia, il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.
- La Società su richiesta dell'Assicurato restituisce i predetti originali previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato



Quando e come devo pagare?

Premio

- **Modalità di pagamento** – non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornite nel DIP Danni – Salute protetta
- **Frazionamento**
 - o Aumento del 3% in caso di frazionamento semestrale
- **Adeguamento** – non è previsto alcun adeguamento automatico sia del premio che delle somme assicurate.

Rimborso

- In caso di recesso per sinistro esercitato in base alle condizioni di polizza, il Contraente ha diritto al rimborso del premio entro il trentesimo giorno successivo alla data di effetto del recesso, della parte di premio pagato e non dovuto al netto delle imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata

- Non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornite nel DIP Danni – Salute protetta

Sospensione

- Non è possibile sospendere le garanzie assicurative in corso di contratto



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione – non è previsto il diritto del Contraente di recedere dal contratto entro un determinato termine dalla stipulazione.

Risoluzione – Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni – Salute protetta



A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto è rivolto a tutte le persone fisiche che desiderano tutelarsi economicamente dalle spese connesse a prestazioni sanitarie, siano esse chirurgiche, da ricovero o diagnostiche, anche in alternativa alla sanità pubblica.



Quali costi devo sostenere?

Gli intermediari per la vendita di questo prodotto percepiscono in media il 20% del premio imponibile pagato dal Contraente, per remunerazioni di tipo provvigionale

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa Assicuratrice

Il reclamo è " *una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti della Società di assicurazione relativa ad un contratto o ad un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto*".

La gestione dei reclami ricevuti, inclusi i relativi riscontri ai reclamanti, è devoluta ad una specifica funzione aziendale.

I reclami devono essere inoltrati, per iscritto, presso la Sede legale di Assicuratrice Milanese S.p.A. all'attenzione dell'Ufficio Reclami, Corso Libertà, 53 - 41018 San Cesario sul Panaro (MO), utilizzando una delle seguenti modalità:

- A mezzo messaggio di posta elettronica al seguente indirizzo: servizio.reclami@assicuratricemilanese.it
- Via fax al numero +39 059 8672387
- Con il servizio postale

La Compagnia è tenuta a rispondere entro 45 giorni dalla ricezione del reclamo.

All'IVASS

Se l'impresa non fornisce risposta entro 45 giorni, se la stessa è considerata insoddisfacente in quanto asseritamente non completa e/o non corretta, ovvero in caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, il reclamante potrà rivolgersi a:

IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni

Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma

Fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353

PEC: ivass@per.ivass.it

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- Nome, Cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico
- L'individuazione del/i soggetto/i di cui si lamenta l'operato
- Breve descrizione del motivo di doglianza
- Copia del reclamo già presentato direttamente alla Società corredato dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa
- Ogni documento utile a descrivere compiutamente le circostanze del reclamo

Non rientrano nella competenza dell'IVASS:

- I reclami relativi alla quantificazione delle prestazioni assicurative e all'attribuzione di responsabilità, che devono essere indirizzati direttamente alla Società e che, in caso di ricezione, l'Istituto provvederà ad inoltrare alla Società entro 45 giorni dal ricevimento, dandone contestuale notizia ai reclamanti.
- I reclami per i quali sia già stata adita l'Autorità Giudiziaria

Sul sito internet di Assicuratrice Milanese S.p.A. e, precisamente, nella sezione "Reclami", è disponibile degli utenti, tramite apposito link, sia un modello di reclamo alla Compagnia, sia un modello di reclamo all'Istituto di Vigilanza

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it</p> <p>La mediazione obbligatoria è un istituto che si avvale dell'intervento di un terzo imparziale (mediatore) finalizzata ad assistere due o più soggetti sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa, come previsto dal Decreto Legislativo, 4 marzo 2010 n.° 28.</p> <p>La richiesta di mediazione nei confronti di Assicuratrice Milanese S.p.A., deve essere depositata presso un Organismo di Mediazione tra quelli indicati nel sito ANIA, raggiungibile tramite il link www.ania.it/CONSUMATORI/Mediazione.html</p> <p>le materie in cui la mediazione risulta obbligatoria sono quelle in tema di "condominio, diritti reali, divisioni, successioni ereditarie, patti di famiglia, locazioni, comodato, affitto di aziende, risarcimento di danno derivante da responsabilità medica e sanitaria e da diffamazione a mezzo stampa o con altro mezzo di pubblicità, contratti assicurativi, bancari e finanziari.</p> <p>Nelle materie in cui esiste l'obbligatorietà della mediazione le parti dovranno necessariamente farsi assistere da un avvocato. La procedura è facoltativa per le controversie in materia di risarcimento dei danni da circolazione di veicoli e natanti.</p>
Negoziazione assistita	<p>E' una modalità alternativa di soluzione delle controversie regolata dalla Legge 10 novembre 2014 n.° 162, in vigore dal 9 febbraio 2015, che ha introdotto l'obbligo di tentare la conciliazione amichevole prima di iniziare una causa con sui si intende chiedere il risarcimento, a qualsiasi titolo, di somme inferiori a 50.000 Euro, fatta eccezione per le materie per le quali è prevista la mediazione obbligatoria, nonché per tutte le cause, indipendentemente dal valore, per ottenere il risarcimento del danno derivante da circolazione dei veicoli e natanti. La parte, prima di iniziare una causa, dovrà a pena di improcedibilità tentare quindi la negoziazione assistita, avvalendosi obbligatoriamente dell'assistenza di un avvocato iscritto all'albo.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Arbitrato</p> <p>Il presente contratto non prevede la possibilità di ricorrere ad Arbitrato per la risoluzione di controversie tra le Parti.</p> <p>Tuttavia il contratto, al solo fine della determinazione del danno, prevede che le Parti possano nominare propri periti i quali, in caso di disaccordo, devono nominare un terzo perito.</p> <p>In tal caso il Contraente è tenuto a sostenere le spese del proprio Perito, mentre le spese del terzo Perito sono ripartite a metà.</p> <p>In ogni caso è sempre possibile per il contraente rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.</p> <p>Per eventuali richieste di informazioni in merito al rapporto assicurativo, diverse dai reclami, è possibile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contattare il numero 059/7479112 • Inviare una e-mail all'indirizzo di posta elettronica info@assicuratricemilanese.it

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (C.D. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI ACCEDERE A TALE AREA PER CONSULTARE IL CONTRATTO STESSO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

POLIZZA ***“SALUTE PROTETTA”***

**DOCUMENTO REDATTO SECONDO LE LINEE GUIDA “CONTRATTI SEMPLICI E CHIARI” DEL TAVOLO
TECNICO ANIA – ASSOCIAZIONE CONSUMATORI – ASSOCIAZIONE INTERMEDIARI**

Il presente Documento è altresì redatto in base alle disposizioni dell'Articolo 166 comma 2 del Nuovo Codice delle Assicurazioni Private (D. Lgs. 7 settembre 2005, n.° 209), secondo il quale "le clausole che indicano decadenze, nullità o limiti delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono riportate con carattere di particolare evidenza".

INDICE

GLOSSARIO	2
------------------	----------

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE	3
---	----------

MALATTIA	4
-----------------	----------

- CHE COSA POSSO ASSICURARE 4
- COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO 5
- CHE COSA NON È ASSICURATO 5
- LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE E SCOPERTI – TABELLA RIASSUNTIVA 6
- COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO – PROCEDURE 7



GLOSSARIO

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intende per:

Assicurato

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

è il contratto con il quale L'assicuratore, a fronte del pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'Assicurato entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana (Art. 1882 del C.C.).

Contraente

il soggetto che stipula l'assicurazione.

Convalescenza

il periodo di tempo successivo a un ricovero durante il quale l'Assicurato è costretto a domicilio al riposo assoluto presso il proprio domicilio per non compromettere la guarigione clinica e prescritto dai medici che hanno curato l'Assicurato.

Franchigia

parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

Inabilità temporanea

La perdita temporanea a seguito di infortunio, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

Indennizzo

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Invalidità permanente

la perdita definitiva a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di cura

ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera anche in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Malattia

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Polizza

il documento che prova l'assicurazione.

Parti

Il Contraente / Assicurato e la Società.

Premio

la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero

la degenza, comportante pernottamento in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Sinistro

il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società

Assicuratrice Milanese S.p.A.



NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Art. I – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. II – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Fermo il disposto degli artt. 1.2 e 1.5, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'articolo 1901 C.C. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art. III – Modifiche dell'assicurazione

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

Art. IV – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte del Contraente; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione in corso.

La Società può esercitare tale diritto di recesso solo entro i primi due anni dalla stipulazione del contratto.

Art. V – Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso essa coincide con la durata del contratto.

Art. VI – Assicurazione presso diversi assicuratori

Se sulle medesime cose e per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, l'Assicurato deve dare a ciascun assicuratore comunicazione degli altri contratti stipulati. In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato. Qualora la somma di tali indennizzi – escluso dal conteggio l'indennizzo dovuto dall'assicuratore insolvente – superi l'ammontare del danno, la Società è tenuta a pagare soltanto la sua quota proporzionale in ragione dell'indennizzo calcolato secondo il proprio contratto, esclusa comunque ogni obbligazione solidale con gli altri assicuratori.

Art. VII – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Art. VIII – Rinvio alle norme di legge

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



MALATTIA

COSA POSSO ASSICURARE

Art. 1.1 – Oggetto dell'assicurazione Rimborso spese mediche

La Società, **nel limite del massimale annuo assicurato**, rimborsa per ogni sinistro le spese sostenute dall'Assicurato nei casi di:

- ricovero, reso necessario da malattia o da infortunio;
- intervento chirurgico, anche senza ricovero, reso necessario da malattia o da infortunio;
- parto e aborto (**escluso l'aborto volontario**) comportanti ricovero;
- prestazioni praticate in istituto di cura in regime di degenza diurna in "Day Hospital".
- le spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista, di ogni altro soggetto partecipante all'intervento: diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- le spese relative al periodo di ricovero per: assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;
- le rette di degenza con il **limite massimo di € 350 giornaliero**;
- le spese di trasporto in ambulanza;

La Società rimborsa, **purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico**:

- le spese di accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura, **nei 90 giorni precedenti all'inizio del ricovero (o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero)**;
- le spese sostenute nei **90 giorni successivi alla cessazione del ricovero (o alla data dell'intervento senza ricovero)** per: esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**);

Nei casi di parto senza taglio cesareo, di aborto, di intervento sulle tonsille o vegetazioni adenoidi effettuato su bambini di età inferiore a 9 anni, la somma rimborsabile per la presente garanzia è limitata al 10% del massimale di polizza con il massimo di € 1.500.

Nei casi di parto con taglio cesareo, la somma rimborsabile a termini di polizza è limitata al 10% del massimale di polizza con il massimo di euro 5.000.

Nel caso di ricorso al "Day Hospital", **la retta di degenza è limitata a € 125 giornaliera, con il limite di 100 giorni per anno assicurativo.**

Art. 1.2 – Oggetto dell'assicurazione Invalidità permanente da malattia

La presente assicurazione vale per il caso di invalidità permanente conseguente a malattia **manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto stesso, secondo quanto previsto dalle condizioni che seguono e, comunque, non oltre la data della sua cessazione.**

È considerata invalidità permanente la perdita o la diminuzione, definitiva ed irrimediabile, della capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Art. 1.3 – Oggetto dell'assicurazione Diaria da ricovero

La Società garantisce per ogni Assicurato la diaria giornaliera convenuta per ogni giorno di ricovero in istituto di cura, a seguito di infortunio o malattia, abbia luogo o meno intervento chirurgico, **per una durata massima di 180 giorni per ogni anno assicurativo.** Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati come unico giorno ai fini della liquidazione. La diaria giornaliera è garantita nei termini e nei limiti delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Nei casi di parto senza taglio cesareo, di aborto, di intervento sulle tonsille o vegetazioni adenoidi effettuato su bambini di età inferiore a 9 anni, la diaria giornaliera verrà corrisposta per un massimo di 5 giorni.

Art. 1.4 – CONDIZIONI FACOLTATIVE

Operanti se richiamate in scheda di polizza

A) Estensione alla garanzia rimborso spese mediche per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici

La Società rimborsa, **nel limite del 10% del massimale annuo assicurato per la garanzia rimborso spese mediche, ma con il limite di € 1.500 annue**, le spese rese necessarie da malattia o da infortunio, che non diano luogo ad intervento chirurgico o a ricovero, sostenute per onorari medici, per visite specialistiche (**escluse comunque le visite pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche**), esami ed accertamenti diagnostici.

Il rimborso delle spese viene effettuato – per ogni sinistro – con l'applicazione di uno scoperto del 25%, con il minimo di € 100.

Ai fini della presente garanzia, si intende per sinistro il ciclo di prestazioni sanitarie, riferite alla stessa patologia, che decorre dalla data della prima certificazione e si esaurisce nell'arco dei 90 giorni successivi.

Rimane stabilito che l'Assicurato non ha diritto, per una stessa spesa, ad ottenere due diversi rimborsi sia in base alla presente garanzia che a quelle previste dall'art. 1.1.

B) Indennità giornaliera per convalescenza

La Società garantisce, per il periodo successivo al ricovero di cui all'art. 1.3, un'indennità pari al 50% dell'importo convenuto alla garanzia Diaria da Ricovero, per un periodo pari al ricovero stesso ma **nel limite massimo di 60 giorni, sempreché l'Assicurato si trovi nella totale incapacità di attendere alle sue normali occupazioni.**

Quanto sopra dovrà essere comprovato da documentazione medica.



COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO

Art. 1.5 – Decorrenza delle garanzie

La garanzia decorre:

- Per gli infortuni:
 - dal momento in cui ai sensi dell'art. II, ha effetto l'assicurazione;
- Per le malattie:
 - dal 90° giorno successivo
- Per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati, anteriormente alla stipulazione del contratto, nonché per il parto
 - dal 300° giorno successivo
- Per la garanzia invalidità permanente da malattia
 - vale quanto contenuto nell'art. 1.2.
- Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante
 - con il termine di aspettativa di 90 giorni – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- Dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito, per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;
- Dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

Tale norma vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 1.6 – limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 70 anni, salvo il caso in cui l'Assicurato abbia continuato a pagare regolarmente il premio anche oltre il limite di età assicurabile ed il premio non sia stato restituito dalla Società
Per la garanzia Invalidità permanente da malattia vale quanto contenuto nell'articolo 1.7 successivo.

Art. 1.7 – limite di età specifico per Invalidità permanente da malattia

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 65 anni, salvo il caso in cui l'Assicurato abbia continuato a pagare regolarmente il premio anche oltre il limite di età assicurabile ed il premio non sia stato restituito dalla Società.

L'assicurazione cessa comunque, al momento in cui l'Assicurato acquisisca, in corso di contratto, il diritto ad un trattamento pensionistico pubblico. In tal caso i premi erroneamente incassati verranno restituiti dalla Società.

Art. 1.8 - Cumulabilità di garanzie

L'assicurazione Invalidità permanente da malattia non potrà in alcun caso cumularsi con garanzie di invalidità permanente da infortunio prestate da questa Società.

COSA NON È ASSICURATO

Art. 1.9 – Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

- a) le conseguenze dirette da infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società
- b) l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto
- c) le malattie mentali o disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici
- d) gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato
 - compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave
- e) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, ovvero ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti
- f) l'aborto volontario non terapeutico
- g) le prestazioni aventi finalità estetiche
 - salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio
- h) le protesi dentarie in ogni caso e le cure dentarie e delle paraodontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio
- i) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto dall'art. 1.1.
- l) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assetamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e dall'accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.);
- m) le conseguenze dirette o indirette originate da contaminazione nucleare, biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere.
- n) le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche
- o) le malattie e gli infortuni, incluse complicazioni e conseguenze tardive, in relazione a epidemie e pandemie.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data della variazione, anziché a quella della stipulazione del contratto.

Art. 1.10 – Persone non assicurabili

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

- a) da alcoolismo, tossicodipendenza
o dalle seguenti infermità mentali:
 - b) sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive e stati paranoici.
- L'Assicurazione cessa con il loro manifestarsi.



LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE E SCOPERTI – TABELLA RIASSUNTIVA

Art. 1.11 – Limite massimo di indennizzo

Salvo il caso previsto dall'art. 1914 del Codice Civile, per nessun titolo la Società potrà essere tenuta a pagare somma superiore a quella assicurata

Ad integrazione di quanto previsto al paragrafo "COSA POSSO ASSICURARE"

Tabella riassuntiva

ULTERIORI LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE E SCOPERTI, SONO RIPORTATI NELLA SEGUENTE TABELLA RIASSUNTIVA

GARANZIA	LIMITE DI INDENNIZZO	SCOPERTO / MINIMO	FRANCHIGIA
Rette di degenza	euro 350 giornaliero		
Retta di degenza per Day hospital	Euro 125 giornaliero con il massimo di 100 giorni per anno		
Parto senza taglio cesareo, di aborto, di intervento sulle tonsille o vegetazioni adenoidi effettuato su bambini di età inferiore a 9 anni	10% della somma assicurata con il massimo di euro 1.500		
Parto con taglio cesareo, di aborto, di intervento sulle tonsille o vegetazioni adenoidi effettuato su bambini di età inferiore a 9 anni	10% della somma assicurata con il massimo di euro 5.000		
Diaria da ricovero	180 giorni per anno assicurativo		
Diaria da ricovero derivante da parto senza taglio cesareo, di aborto, di intervento sulle tonsille o vegetazioni adenoidi effettuato su bambini di età inferiore a 9 anni	5 giorni per sinistro		
Invaldità permanente da malattia	Nel limite della somma assicurata		Vedasi Articolo 1.15
CONDIZIONI FACOLTATIVE			
Rimborso spese mediche per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici	10% della somma assicurata per la medesima garanzia con il massimo di euro 1.500 per anno	Scoperto 25% Minimo euro 100	
Indennità giornaliera per convalescenza	50% dell'importo assicurato "Diaria di ricovero" per un massimo di 60 giorni		



COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO – PROCEDURE

Art. 1.12 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Società entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza.

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

La denuncia deve essere corredata da certificazione medica.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 1.13 – Controversie sulla liquidazione del danno

In caso di controversie sulla liquidazione del danno, le parti si obbligano a conferire mandato ad un Collegio di tre Medici nominati uno per parte, a proprie spese, ed il terzo, in comune accordo, a spese di ciascuna delle parti per il 50%.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio Medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo medico.

Art. 1.14 – Criteri di liquidazione

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

A richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce i predetti originali previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute, per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

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

Art. 1.15 – Criteri di valutazione, di indennizzo e Tabella delle percentuali di liquidazione dell'Invalidità permanente da malattia

La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alla tabella allegata al D.P.R. 30-6-65 n. 1124, e successive modifiche, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

FASCE	PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE	PERCENTUALE LIQUIDATA
Fascia I	Inferiore al 25%	0
Fascia II	25% - 34%	15%
Fascia III	35% - 44%	30%
Fascia IV	45% - 54%	45%
Fascia V	55% - 64%	60%
Fascia VI	65% - 74%	70%
Fascia VII	Superiore al 74%	100%

ALTRE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

L'Assicurando:

- Prende atto che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurando stesso possono compromettere, totalmente o parzialmente, il diritto alla prestazione assicurativa, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile.
- Dichiara ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte a tutte le domande del presente questionario sono veritiere e che non ha taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in rapporto al questionario stesso.
- Riconosce che le notizie ed i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società.
- Si impegna altresì a fornire, a richiesta della Società o da chi per essa, ulteriori notizie e/o documentazioni cliniche necessarie ad una corretta valutazione del rischio.
- Riconosce ed accetta che, nel caso di perfezionamento del contratto, il presente questionario sanitario dovrà intendersi parte integrante del contratto.

L'ASSICURANDO

Con riferimento alla normativa per la tutela del trattamento dei dati personali - GDPR N.° 649 - 2016 - si precisa che Assicuratrice Milanese tratterà i dati personali contenuti nel presente questionario in modo riservato ed al solo fine di poter predisporre la proposta assicurativa. Essi non verranno in ogni caso fatti conoscere a terzi. Nel caso di sottoscrizione della polizza, questa sarà accompagnata da specifica informativa e correlata richiesta di manifestazione di consenso al trattamento dei dati

AVVERTENZE

La validità del presente questionario è di 30 giorni dalla data di sottoscrizione.

SPAZIO RISERVATO ALL'AGENZIA

CODICE AGENZIA

PROPOSTA N.°

SPAZIO RISERVATO ALLA DIREZIONE

DATA

ESITO DELLA VERIFICA ED EVENTUALI NOTE

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CLIENTI/ASSICURATI/PROSPECT RAMI DANNI

1. Titolare del trattamento

Assicuratrice Milanese S.p.A., con sede legale in Corso Libertà, 53 - 41018 San Cesario sul Panaro (MO), CF e P.IVA 08589510158 (di seguito, "Titolare"), in qualità di titolare del trattamento, La informa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito, "GDPR") che i Suoi dati saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti.

2. Responsabile Protezione Dati

Il Responsabile Protezione Dati della Compagnia risponde ai seguenti indirizzi di contatto:

- Assicuratrice Milanese S.p.A., Corso Libertà, 53 – 41018, San Cesario sul Panaro (MO)
- dpo@assicuratricemilanese.it

3. Finalità del trattamento

I suoi dati personali – ivi compresi quelli appartenenti alle categorie particolari¹ - da lei conferiti in esecuzione e nello svolgimento dei rapporti con il Titolare, saranno utilizzati in osservanza e nel rispetto delle disposizioni in materia di trattamento e protezione dei dati personali, per le seguenti finalità:

¹ L'art. 4 n. 1 del GDPR definisce come dato personale: 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 o identificabile, anche indirettamente, oppure le informazioni riguardanti una persona la cui identità è nota o può comunque essere accertata mediante informazioni supplementari (Convenzione 108 del 1981, art. 2, lett. a) e Direttiva sulla protezione dei dati 95/46/CE, articolo. 2, lett. a)).

La persona a cui si riferiscono i dati soggetti al trattamento si definisce "interessato".

I dati personali si dividono in due categorie principali:

- i dati identificativi: le informazioni di identificazione personale (PII, Personally Identifiable Information) sono dati che consentono l'identificazione diretta dell'interessato. Secondo la definizione utilizzata dall'Istituto nazionale degli standard e della tecnologia (NIST) tra tali dati rientrano:
 - nome e cognome
 - indirizzo di casa
 - indirizzo email
 - numero identificativo nazionale
 - numero di passaporto
 - indirizzo IP (quando collegato ad altri dati)
 - numero di targa del veicolo
 - numero di patente
 - volto, impronte digitali o calligrafia
 - numeri di carta di credito
 - identità digitale
 - data di nascita

A) **Anche senza il consenso espresso** (art. 6 lett. b) - e) del GDPR):

- i. **per attività preliminari all'instaurazione del rapporto assicurativo:** predisposizione di preventivi e/o quotazioni per l'emissione di una polizza; valutazione delle richieste ed esigenze dell'assicurato; identificazione del "mercato di riferimento" al quale l'assicurato appartiene) o strumentali alle predette (quali, a titolo esemplificativo la registrazione, l'organizzazione e l'archiviazione dei dati raccolti per i trattamenti in argomento);
- ii. **per finalità "assicurative":** quindi per finalità strettamente connesse e strumentali all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali da parte del Titolare, per lo svolgimento dell'attività assicurativa e di coassicurazione per l'ulteriore distribuzione del rischio; per la valutazione del rischio assicurato e per la gestione e liquidazione dei sinistri; la registrazione e l'accesso al servizio "home insurance" attraverso il quale consultare i contratti assicurativi in essere con la Compagnia; per la raccolta del premio assicurativo; per il pagamento delle altre prestazioni previste dal contratto assicurativo sottoscritto, per finalità di riassicurazione;
- iii. **per l'adempimento di specifici obblighi di legge e tutela del Titolare in sede giurisdizionale:** 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; antiterrorismo, gestione e controllo interno; vigilanza assicurativa sui sinistri; etc..

N.B. Si precisa che, qualora per i trattamenti sopra indicati fosse necessaria l'acquisizione di dati appartenenti alle categorie particolari (a titolo esemplificativo, dati relativi allo stato di salute) le sarà richiesto uno specifico consenso quale preconditione necessaria della legittimità dei trattamenti. Il mancato conferimento di tali dati o l'eventuale esercizio da parte sua dei diritti di cui al successivo articolo 9 potrebbero comportare **l'impossibilità per il Titolare ed i Responsabili esterni designati di procedere all'erogazione delle prestazioni connesse ai trattamenti indicati.**

B) **Solo previo specifico consenso** (art. 7 GDPR):

-
- luogo di nascita
 - informazioni genetiche
 - numero di telefono
 - account name o nickname.
- **Categorie particolari di dati (art. 9 comma 1 GDPR)**
 - dati genetici: i dati personali relativi alle caratteristiche genetiche ereditarie o acquisite di una persona fisica che forniscono informazioni univoche sulla fisiologia o sulla salute di detta persona fisica, e che risultano in particolare dall'analisi di un campione biologico della persona fisica in questione;
 - dati biometrici: i dati personali ottenuti da un trattamento tecnico specifico relativi alle caratteristiche fisiche, fisiologiche o comportamentali di una persona fisica che ne consentono o confermano l'identificazione univoca, quali l'immagine facciale o i dati dattiloscopici;
 - dati relativi alla salute: i dati personali attinenti alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di assistenza sanitaria, che rivelano informazioni relative al suo stato di salute;
 - dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale;
 - dati relativi alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.
 - dati giudiziari, atti a rivelare l'esistenza di provvedimenti penali suscettibili di iscrizione nel casellario giudiziale, o la qualità di indagato o imputato.

- i. **per finalità di marketing e ricerche di mercato proprie del Titolare:** quali l'invio di offerte promozionali, iniziative commerciali dedicate alla clientela, inviti alla partecipazione a concorsi a premi, materiale pubblicitario e vendita di propri prodotti o servizi della Società o di altre società del Gruppo Assicurativo Modena Capitale (con modalità automatizzate, tra cui a titolo esemplificativo la posta elettronica, sms, mms, smart messaging, ovvero attraverso l'invio di messaggi a carattere commerciale veicolati attraverso l'*home insurance*, oltre alle modalità tradizionali quali, invio di posta cartacea e telefonate con operatore), nonché per consentire alla Società di condurre ricerche di mercato, indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti;
- ii. **per finalità di marketing e ricerche di mercato di Società terze:** i suoi dati potranno essere comunicati a soggetti terzi (quali, a titolo esemplificativo, le Società del Gruppo Modena Capitale Estense). Tali soggetti, agendo come autonomi titolari del trattamento, potranno a loro volta trattare i Suoi dati personali per proprie finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta cartacea, posta elettronica, telefono, fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, automatizzata e non, in relazione a prodotti o servizi propri od offerti da tali soggetti terzi.

Per le finalità di trattamento descritte

- Nell'ambito del Ramo Responsabilità civile auto (in breve RCA) la raccolta dei dati, potrà avvenire presso l'interessato o presso altri soggetti o tramite strumenti elettronici (quali, ad esempio i prodotti che prevedono la Scatola Nera che può essere da Lei installata sul Suo veicolo per fini assicurativi); i dati potranno essere riferiti all'interessato stesso o a terzi (a titolo esemplificativo, famigliari o terzi danneggiati in un sinistro; etc.).

Sono altresì necessarie attività di analisi attraverso un processo decisionale automatizzato per il calcolo del rischio e del relativo premio assicurativo: per maggiori informazioni La invitiamo a visionare il successivo articolo 8 "Esistenza di un processo decisionale automatizzato". La Società potrà acquisire non direttamente da Lei i seguenti dati relativi alla circolazione del veicolo assicurato, quali ad esempio: i Km complessivi percorsi, i Km percorsi oltre il limite nominale di velocità per tipologia di strada, l'accadimento di eventuali urti con altri veicoli o ostacoli.

- Nell'ambito degli altri Rami Danni, la raccolta dei dati potrà avvenire presso l'interessato o presso altri soggetti o tramite strumenti elettronici (quali, ad esempio, banche dati per la verifica dei dati catastali o gli albi professionali); i dati potranno essere riferiti all'interessato stesso o a terzi (a titolo esemplificativo, famigliari o terzi danneggiati in un sinistro, etc.).

Nel caso in cui l'interessato comunichi dati personali relativi a terzi, è responsabile della suddetta comunicazione ed è tenuto ad informarli nonché acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi all'utilizzo dei loro dati in esecuzione e nello svolgimento dei rapporti con il Titolare; con gli altri soggetti che supportano il Titolare nello svolgimento di detti trattamenti e con le altre società del Gruppo Assicurativo Modena Capitale.

La mancata prestazione del consenso al trattamento dei suoi dati (**ivi comprese le categorie particolari di dati**) per le finalità di cui alla **lettera B)**, comporta unicamente l'impossibilità per il Titolare ed i Responsabili esterni designati, di svolgere le attività connesse ai trattamenti indicati e per l'interessato, a titolo esemplificativo, di ricevere comunicazioni di marketing, eventualmente personalizzate che non determinano alcuna conseguenza rispetto alle attività e trattamenti di natura assicurativa e sui rapporti giuridici in corso o in fase di costituzione di cui alla **lettera A)**.

Per lo svolgimento delle attività strumentali e funzionali a detti trattamenti (**lettere A e B**), ci si potrà avvalere di altre Società - di norma designate Responsabili del trattamento - e di altre società del Gruppo Assicurativo Modena Capitale, con cui sussistono appositi accordi per la prestazione di servizi, anch'esse designate Responsabili del trattamento.

4. Base giuridica dei trattamenti

Con riferimento ai trattamenti svolti per le finalità di cui al precedente:

- paragrafo **3.A**, la base giuridica degli stessi sono:
 - (i) adempimento agli obblighi pre-contrattuali (per la gestione delle fasi precontrattuali – emissione di preventivo/quotazione; individuazione delle richieste e bisogni della clientela; classificazione del cliente nel corretto mercato di riferimento; etc.);
 - (ii) adempimenti agli obblighi contrattuali (ivi incluse le attività di raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri; etc.);
 - (iii) adempimento alla normativa applicabile di settore, sia nazionale che comunitaria (quale l'invio di comunicazioni obbligatorie in corso di contratto, verifiche antiterrorismo, etc.) ed al perseguimento dell'interesse legittimo della Società (per le attività di prevenzione delle frodi, indagini, tutela dei propri diritti anche in sede giudiziaria).
- paragrafo **3.B**, la base giuridica degli stessi sono: i consensi eventualmente prestati.

5. Categorie di destinatari dei dati personali

Per le finalità di cui al **par. 3.A** (trattamenti svolti per finalità contrattuali e di legge) i dati potranno essere conosciuti da parte di:

- dipendenti e collaboratori del Titolare o delle Società del Gruppo Assicurativo Modena Capitale cui appartiene il Titolare, con cui sussistono appositi accordi per la prestazione di servizi, designati incaricati e/o responsabili interni del trattamento e/o amministratori di sistema;
- (i) assicuratori, coassicuratori e riassicuratori (ii) distributori assicurativi (agenti, broker, banche) (iii) banche, istituti di credito; (iv) società del Gruppo Assicurativo Modena Capitale; (v) legali; periti; medici; centri medici, soggetti coinvolti nelle attività di riparazione automezzi e beni assicurati (vi) società di servizi, fornitori, società di postalizzazione (vii) società di servizi per il controllo delle frodi; società di investigazioni; (viii) società di recupero crediti; (ix) ANIA e altri Aderenti per le finalità del Servizio Antifrode Assicurativa, organismi associativi e consortili, Ivass ed altri enti pubblici propri del settore assicurativo; (x) magistratura, Forze di Polizia e altre Autorità pubbliche e di Vigilanza.

Per le finalità di cui al **par. 3.B** (trattamenti svolti per finalità di marketing e ricerche di mercato) i Suoi dati personali potrebbero essere comunicati alle seguenti categorie: (i) società del Gruppo Modena Capitale Estense; (ii) società del Gruppo Assicurativo Modena Capitale (iii) società di servizi; fornitori; outsourcer, etc..

6. Trasferimento dati

La gestione e la conservazione dei dati personali avverranno su server ubicati all'interno dell'Unione Europea del Titolare e/o di società terze incaricate e debitamente nominate Responsabili del trattamento. Attualmente i server sono situati in Italia. I dati non saranno oggetto di trasferimento al di fuori dell'Unione Europea. Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare l'ubicazione dei server in Italia e/o Unione Europea e/o Paesi extra-UE. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato e/o adottando le clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

7. Periodo di conservazione dei dati personali

I Suoi dati personali verranno conservati per i seguenti periodo di tempo:

In riferimento ai trattamenti di cui al paragrafo 3.A – RAMO RCA:

- i. dati precontrattuali (in caso di mancata stipula della polizza): per 60 giorni dalla data di decorrenza del preventivo/quotazione;
- ii. dati contrattuali: per 10 anni successivi al termine del rapporto assicurativo che potranno estendersi fino a 20 qualora si sia verificato un sinistro con conseguenze "mortalì" connesso alla polizza assicurativa;
- iii. dati inerenti alle attività antifrode e all'attività di contrasto al terrorismo: per 10 anni successivi al termine del rapporto assicurativo; dati inerenti alle attività di tutela dei propri diritti (anche in sede giudiziaria): per il termine di passaggio in giudicato della relativa sentenza o ultimo grado di giudicato e, ove necessario, per la successiva fase esecutiva;

In riferimento ai trattamenti di cui al paragrafo 3.A – ALTRI RAMI DANNI:

- i. dati contrattuali: per 10 anni successivi al termine del rapporto assicurativo che potranno estendersi fino a 20 qualora si sia verificato un sinistro con conseguenze "mortalì" connesso alla polizza assicurativa;
- ii. dati inerenti alle attività antifrode e all'attività di contrasto al terrorismo: per 10 anni successivi al termine del rapporto assicurativo; dati inerenti alle attività di tutela dei propri diritti (anche in sede giudiziaria): per il termine di passaggio in giudicato della relativa sentenza o ultimo grado di giudicato e, ove necessario, per la successiva fase esecutiva;

In riferimento ai trattamenti di cui al paragrafo 3.B: due anni dalla loro comunicazione o dalla conferma circa la possibilità di loro utilizzo per tali finalità.

8. Esistenza di un processo decisionale automatizzato

Nell'ambito del Ramo RCA

La informiamo che la Compagnia, al fine di valutare e predisporre i propri preventivi, calcolare la classe di rischio ed il premio assicurativo, così come previsto dalla normativa applicabile, necessita di svolgere delle attività di analisi attraverso un processo decisionale automatizzato analizzando i dati inerenti alla precedente storia assicurativa del soggetto interessato e pregressi eventi (quali, ad esempio i sinistri). Questo processo viene svolto utilizzando algoritmi prestabiliti e limitati all'esigenza precipua di calcolo del rischio connesso con l'attività assicurativa ed è necessario per la stipula del contratto di assicurazione, per la natura stessa del rapporto (a tal riguardo pertanto, la base giuridica del trattamento deve individuarsi nel rapporto contrattuale o nell'adempimento alla richiesta di preventivo avanzata dal soggetto interessato).

Inoltre, come stabilito dalla normativa, è possibile che alcune tipologie di prodotti assicurativi inerenti alla RCA prevedano l'inserimento sul mezzo di trasporto di dispositivi elettronici di tracciamento degli eventi, comunemente chiamati "Scatola Nera". In questo caso, la Compagnia potrebbe trattare i relativi dati personali connessi all'attività del veicolo in connessione ad eventi rilevanti quali incidenti o contestazioni aventi valenza in base al rapporto assicurativo. A tal riguardo, la base giuridica del trattamento deve individuarsi nel rapporto contrattuale e nella sua esecuzione sulla base delle vigenti norme che hanno introdotto l'uso di tali strumentazioni in ausilio all'attività di accertamento dei fatti in occasione di contestazioni e indagini nascenti da eventi stradali.

Infine, la Compagnia può svolgere ulteriori attività che comportano processi decisionali automatizzati connessi alle attività antifrode ed antiterrorismo. Tali attività comportano il trattamento di dati personali con modalità automatizzate al fine di individuare eventuali frodi o comportamenti che possano comportare la violazione di norme statali e sovranazionali in materia di antiterrorismo. A tal riguardo la base giuridica del trattamento deve individuarsi nel legittimo interesse della Società ad individuare eventuali frodi a suo carico e nell'obbligo legale nascente dalle vigenti norme in materia di antiterrorismo.

Nell'ambito degli altri Rami Danni

La Compagnia può svolgere ulteriori attività che comportano processi decisionali automatizzati connessi alle attività antifrode ed antiterrorismo. Tali attività comportano il trattamento di dati personali con modalità automatizzate al fine di individuare eventuali frodi o comportamenti che possano comportare la violazione di norme statali e sovranazionali in materia di antiterrorismo. A tal riguardo la base giuridica del trattamento deve individuarsi nel legittimo interesse della Società ad individuare eventuali frodi a suo carico e nell'obbligo legale nascente dalle vigenti norme in materia di antiterrorismo.

9. Diritti dell'interessato

Nella Sua qualità di interessato possiede i diritti di cui all'art. 15 GDPR e precisamente i diritti di:

- i. ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- ii. ottenere l'indicazione:
 - a. dell'origine dei dati personali;
 - b. delle finalità e modalità del trattamento;
 - c. della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d. degli estremi identificativi del titolare e dei responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 del GDPR;
 - e. dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati;

Ove applicabili, ha altresì i diritti di cui agli artt. 16-21 GDPR e precisamente:

- f. l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- g. la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- h. l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere precedenti sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
- i. l'opposizione, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- j. nonché il diritto di reclamo all'Autorità Garante.

N.B. I diritti di cui agli artt. 16 – 21 del GDPR sono esercitabili dall'interessato ove la loro applicabilità non pregiudichi la gestione del rapporto assicurativo e l'adempimento ad obblighi di legge o regolamentari previsti dalla normativa primaria e secondaria applicabile al settore assicurativo.

10. Modalità di esercizio dei diritti

Per l'esercizio dei propri diritti potrà avvalersi delle seguenti modalità:

- Inviare una raccomandata a.r. indirizzata a Assicuratrice Milanese S.p.A., Corso Libertà n. 53, 41018 – San Cesario sul Panaro (MO);
- Inviare una e-mail all'indirizzo: servizio.clienti@assicuratricemilanese.it
- Inviare una e-mail all'indirizzo: dpo@assicuratricemilanese.it
- Inviare una e-mail a mezzo PEC all'indirizzo assicuratricemilanese@legalmail.it

11. Minori

I Servizi del Titolare riferiti al trattamento in oggetto non sono destinati a minori di 18 anni e il Titolare non raccoglie intenzionalmente informazioni personali riferite ai minori, salvo che l'interessato per le finalità descritte al **par. 3.A** della presente nell'ambito della gestione del contratto ivi inclusi i sinistri non siano coinvolti soggetti minori, per i quali sarà sempre richiesto il consenso espresso di un genitore o di chi ne fa le veci (anche per il trattamento delle categorie particolari di dati). Nel caso in cui informazioni su minori fossero involontariamente registrate, il Titolare le cancellerà in modo tempestivo, su richiesta degli utenti.

12. Modifiche alla presente Informativa

La presente Informativa può subire variazioni. Si consiglia, quindi, di controllare regolarmente la sezione dedicata alla protezione dei dati personali sul nostro sito internet www.assicuratricemilanese.it pubblicata altresì sul suo profilo *home insurance* e di riferirsi alla versione più aggiornata.

Il Titolare r.l.p.t.
Assicuratrice Milanese S.p.A.

Pierluigi Mancuso

