

**INFORMATIVA SARA ASSICURAZIONI Spa  
INFORTUNI ALLA PERSONA****POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE  
BANCA VALSABBINA  
Rinnovo 30.06.2023 – 30.06.2026****(n°2002/855592)****SONO COPERTE DA POLIZZA DI ASSICURAZIONE, STIPULATA CON SARA ASSICURAZIONI SPA,  
LE PRESTAZIONI DI SEGUITO RIPORTATE:****RIMBORSO SPESE MEDICHE**

- **RIMBORSO SPESE MEDICHE** (in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico)
- **CONDIZIONI PARTICOLARI**
- **PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ALLA PERSONA**

*Le indicazioni riportate di seguito sono meramente esplicative la natura delle prestazioni erogate dalla compagnia e non hanno valore vincolante, essendo unici documenti rilevanti e validi ad ogni effetto le condizioni generali di assicurazione.*

*Le Condizioni generali della Polizza n° 2002/855592, sono a disposizione degli Assicurati presso Cassa Assistenza Gruppo Sara/Banca Valsabbina Spa – Via Porro Lambertenghi, 7 - 20159 MILANO (MI) – Italia*



<b>DEFINIZIONI</b>
--------------------

**Assicurato:** Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione

**Assicurazione:** Il contratto di assicurazione.

**Assistenza:** l'aiuto tempestivo fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un Sinistro;

**Associato alla Cassa di assistenza:** il soggetto che intende provvedere, a favore di una o più categorie di personale dipendente, a prestazioni assistenziali per lui obbligatorie in forza di contratto, accordo o regolamento aziendale;

**Blue Assistance:** Società che per conto di Sara Assicurazioni riceve e gestisce tutte le **denunce di sinistro** ed inoltre provvede a fornire:

- la "presa in carico" delle prestazioni dei Centri e degli Specialisti convenzionati, per la quale l'assicurato deve **necessariamente** rivolgersi a Blue Assistance,
- la consulenza sulla scelta dei "Centri e specialisti convenzionati" e le relative prenotazioni.

**Compagnia:** Sara Assicurazioni Spa;

**Contraente:** Il soggetto che stipula l'assicurazione nell'interesse proprio e di altre persone.

**Day Hospital:** degenza in Istituto di Cura che non comporta pernottamento e con la presenza continua, nella struttura, di un medico o di un anestesista;

**Franchigia:** La somma prestabilita che in caso di sinistro l'Assicurato tiene a suo carico e per la quale la Compagnia non riconosce l'indennizzo.

**Indennizzo:** La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

**Infortunio:** ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili;

**Ingessatura:** mezzo di contenzione, inamovibile da parte del paziente, tendente alla immobilizzazione della parte;

**Intermediario:** AF Solution s.r.l., intermediario a cui è assegnata la polizza;

**Istituto di cura:** struttura sanitaria, pubblica o privata, regolarmente autorizzata al ricovero dei malati;

**Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;

**Malattia improvvisa:** Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza alla data di inizio della copertura e che comunque non sia una manifestazione di una Malattia preesistente;

**Malattia preesistente:** Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla data di inizio della copertura;



**Nucleo Assicurato:** l'insieme delle persone indicate in polizza;

**Polizza:** Il documento che prova l'assicurazione.

**Premio:** La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

**Ricovero:** la degenza comprendente pernottamento in Istituto di Cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;

**Rischio:** La probabilità del verificarsi del sinistro.

**Scoperto:** La percentuale prestabilita di danno indennizzabile che, in caso di sinistro, l'Assicurato tiene a suo carico e per la quale la Compagnia non riconosce l'indennizzo.

**Struttura Organizzativa:** la struttura di ACI Global S.p.A., con sede sociale in via Stanislao Cannizzaro 83/A, 00156 Roma e con sede secondaria in Viale Sarca 336 20126 Milano costituita da: responsabili, personale (medici, tecnici, operatori) in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, e che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in Polizza.

## CHI ASSICURIAMO

La presente assicurazione viene stipulata dalla **CASSA DI ASSISTENZA GRUPPO SARA** alla quale la spett.le **ASSOCIATA BANCA VALSABBINA S.C.p.A.** ha aderito, allo scopo di provvedere, a favore dei propri dipendenti (e relativi nuclei familiari), in adempimento degli obblighi ad essa derivanti, per Contratto Aziendale, le prestazioni assistenziali sanitarie previste dalla presente polizza.

Si intendono assicurati tutti i dipendenti e familiari (coniuge, figli, convivente more-uxorio, purché conviventi, fiscalmente a carico – FAC e non a carico – NAC nonché i figli di dipendenti separati o divorziati anche se conviventi con l'ex coniuge) per i quali è stata richiesta l'adesione della Associata.

Per i neo assunti si conviene fra le parti che la garanzia avrà effetto dal momento dell'assunzione.

**L'Assicurazione si intende operante sino al permanere del rapporto di lavoro con l'Associata; allo scioglimento per qualsiasi causa di detto rapporto, la garanzia cesserà al termine dell'annualità assicurativa in corso.**

- **PRESTAZIONI OPZIONALI 1 – 2**



E' data facoltà ai dipendenti di ampliare la **Garanzia BASE**, versando un contributo alla Contraente nei confronti dei familiari conviventi fiscalmente a carico (FAC) e/o non a carico (NAC), secondo quanto previsto dalle condizioni che seguono:

- La scelta dell'opzione si intende la medesima sia per il dipendente che per i familiari;
- All'atto dell'adesione il dipendente dovrà comunicare quali tra i componenti il nucleo familiare, aventi diritto, devono intendersi assicurati;
- Le eventuali variazioni della composizione del nucleo familiare, dovranno essere comunicate al verificarsi delle medesime;
- È altresì eccezionalmente consentito mantenere inclusi, fino alla scadenza dell'annualità in corso, i soggetti che dovessero uscire dalla composizione del nucleo familiare precedentemente comunicato.

Le prestazioni possono essere estese con le seguenti modalità nei confronti dei seguenti soggetti:

- il dipendente,
- il dipendente e il coniuge FAC,
- il dipendente, il coniuge o convivente more-ux.. NAC,
- il dipendente, il coniuge ed i figli FAC (intendendosi tutti i familiari FAC)
- il dipendente, il coniuge o convivente more-ux. FAC/NAC e i figli FAC,
- il dipendente, il coniuge o convivente more-ux. FAC/NAC e i figli FAC/NAC (intendendosi tutti i familiari FAC/NAC).

Relativamente ai familiari NAC, le prestazioni opzionali comportano, automaticamente, l'inserimento della Garanzia Base.

## IN CASO DI SINISTRO

---

### **SINISTRO Relativo a Blue Assistance**

L'Assicurato deve mettersi in contatto con Blue Assistance tramite il numero:

da Italia: 800896992  
da Estero: 0117425692

almeno 3 giorni lavorativi prima della prenotazione presso l'Istituto di Cura convenzionato, per le necessarie verifiche, autorizzazioni e scelte del medico convenzionato.

*Il Personale di Blue Assistance è a completa disposizione degli Assicurati per evadere le loro richieste di prenotazione nei giorni feriali dalle ore 8.30 alle ore 18.30.*

La Compagnia, per il tramite di Blue Assistance, provvederà direttamente, **a condizione che l'evento sia indennizzabile a termini di polizza ed entro il limite del massimale disponibile**, al pagamento agli istituti di Cura e all'Equipe Medica convenzionati delle fatture, distinte o notule intestate all'Assicurato, per le spese sopra specificate, al netto dell'eventuale importo previsto dal contratto stesso come franchigia a carico dell'Assicurato.



**L'Assicurato dovrà invece provvedere direttamente al pagamento delle spese per prestazioni ricevute non rientranti fra quelle di cui sopra e sarà tenuto a rimborsare alla Compagnia le somme che questa dovesse richiedergli per pagamenti effettuati agli Istituti di Cura ed ai medici, allorché si dovesse accertare la non validità o l'inoperatività e/o inefficacia dell'assicurazione, nonché per pagamenti eccedenti il massimale disponibile o sui quali non sia stata applicata l'eventuale franchigia.**

Per tutte le restanti spese sostenute al di fuori della presente convenzione e indennizzabili a termini di polizza; l'Assicurato dovrà inoltrare la relativa documentazione direttamente alla Compagnia.

#### • **DENUNCIA DELL'INFORTUNIO O DELLA MALATTIA**

La Contraente o l'Assicurato devono presentare denuncia alla Compagnia, attraverso Blue Assistance, e la modulistica fornita a corredo della presente polizza, **dal momento che ne abbiano avuto la possibilità e comunque, per i casi di ricovero, entro 30 giorni dalla dimissione dall'Istituto di Cura. La denuncia deve essere corredata dalla necessaria documentazione medica.**

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

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

**I rimborsi relativi all'annualità in corso dovranno essere inviati entro 30 giorni dal termine dell'annualità stessa.**

#### • **CONTROVERSIE**

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sulla natura e origine della malattia, le Parti conferiscono mandato, con scrittura privata, di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di 3 medici, nominati uno per Parte, ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

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 metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa di ogni formalità di legge sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano, fin d'ora, a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

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

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

#### • **PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO**

La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, o ai suoi eredi, a termini di polizza su presentazione delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, **entro un massimo di 45 giorni** dal ricevimento della documentazione completa.



La documentazione medica da fornire alla Compagnia, oltre alla descrizione dell'evento oggetto della denuncia di sinistro, deve comprendere l'indicazione della natura e del tipo delle cure prestate.

Tale documentazione deve essere relativa all'evento indicato e deve essere presentata a cura ultimata.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad un Ente Assistenziale per ottenere dallo stesso un rimborso, la Compagnia effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule e parcelle di spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante il rimborso effettuato dall'Ente Assistenziale.

Nel caso di coesistenza di altra polizza assicurativa, la Compagnia effettua il rimborso ad integrazione di quanto rimborsato dalla predetta polizza, dietro presentazione di copia delle notule e parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante il rimborso effettuato dall'altra Compagnia. Il rimborso avverrà senza l'applicazione degli scoperti e/o delle franchigie previste in polizza.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana.

Per gli assicurati famigliari NAC si precisa che la presente polizza opera in differenza condizioni o massimali, rispetto ogni altra eventuale polizza coprente i medesimi rischi.

#### **SINISTRO ASSISTENZA**

Considerata la natura della garanzia offerta, quale condizione essenziale per ottenere una Prestazione di Assistenza rientrante tra quelle previste, l'Assicurato che si trovi in difficoltà durante il periodo di validità della Polizza, dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, dovrà prendere contatto con la Struttura Organizzativa secondo le modalità previste alle singole prestazioni assicurative. L'inadempimento di tale obbligo comporta la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione o all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile, valendo quale omissione consapevole e volontaria. Salvi i soli casi di forza maggiore.

Non appena verificatosi il Sinistro, l'Assicurato, o qualsiasi altra persona agisse in sua vece, deve darne immediata comunicazione esclusivamente alla Struttura Organizzativa in funzione 24 ore su 24, contattandola ai seguenti numeri:

**+ 39. 02. 66 16 51 17**

e comunicare:

- 1) le sue generalità complete ed un recapito telefonico;
- 2) l'indirizzo –anche temporaneo – ed il numero di telefono del luogo di chiamata;
- 3) la prestazione richiesta.

Una volta ricevute le informazioni di cui sopra, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, si assicurerà che il richiedente abbia diritto alle prestazioni e convaliderà il suo diritto ad usufruirne.

Qualora emerga successivamente che la prestazione sia stata fornita a persona non avente diritto, la Società ha il diritto di recuperare i costi relativi presso chi ha usufruito delle prestazioni.

Nel caso in cui le prestazioni fornite dalla Struttura Organizzativa superino i massimali previsti o prevedano dei costi a carico dell'Assicurato, quest'ultimo, su



**indicazione della Struttura Organizzativa, dovrà fornire sufficienti garanzie di restituzione delle somme anticipate ritenute sufficienti dalla Società.**

**Le prestazioni di Assistenza non prevedono alcuna forma di rimborso o di indennizzo qualora l'Assicurato non si rivolgesse alla Struttura Organizzativa al momento del sinistro. Viene fatta eccezione per il caso in cui l'Assicurato non potesse mettersi in contatto con la Struttura Organizzativa per causa di forza maggiore (come ad esempio intervento di forze dell'ordine e/o di servizi pubblici di emergenza), che dovrà essere debitamente documentata (verbale o certificato di pronto soccorso).**

**La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato – e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente – ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'Assistenza; in ogni caso è necessario inviare alla Struttura Organizzativa gli originali (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.**

## **DELIMITAZIONI**

### **ESCLUSIONI**

Ferme restando le condizioni e le esclusioni particolari previste per i singoli servizi e le singole prestazioni l'assicurazione non è operante per:

- a) L'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
- b) Le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- c) Gli infortuni conseguenti a delitti dolosi o atti temerari dell'Assicurato, restando operante l'assicurazione per gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;
- d) Gli infortuni ed intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- e) La cura dell'A.I.D.S.;
- f) L'aborto volontario non terapeutico;
- g) Le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva, resi necessari da infortunio);
- h) Le protesi dentarie in ogni caso e le cure dentarie e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio;
- i) L'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- j) le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi , etc);
- k) le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni, guerre e terremoti
- l) gli infortuni derivanti da sports aerei e dalla partecipazione a corse e gare motoristiche ed alle relative prove ed allenamenti;
- m) rimborso delle spese per telefono, televisione, servizio di bar, ristoranti e simili;
- n) degenze necessarie per avere assistenza di terzi nell'effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, quando l'Assicurato non sia più autosufficiente e necessiti di misure di carattere assistenziale o fisioterapeutico di mantenimento;
- o) ricoveri allo scopo di effettuare check up clinici;
- p) le spese, in genere, non conseguente all'alterazione dello stato di salute.

**PERSONE NON ASSICURABILI – CESSAZIONE DELLE GARANZIE**

Premesso che la Compagnia non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione se al momento della stipula della polizza fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività da HIV, sindromi organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoidi. Resta precisato che **qualora l'Assicurato fosse colpito da tali malattie durante la validità di contratto, l'assicurazione cessa alla scadenza annuale successiva alla data della diagnosi – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – senza che in contrario possa essere opposto l'incasso di premi scaduti, che in tal caso, verranno restituiti al Contraente, al netto delle imposte.**

<b>GARANZIA BASE</b>
----------------------

**PRESTAZIONI**

La compagnia assicura per gli infortuni e le malattie verificatesi nell'anno assicurativo, qualunque ne sia il numero, e per ciascun Assicurato e relativo nucleo familiare assicurato, il rimborso delle spese **in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico in casa di cura, in day hospital o in ambulatorio e di parto:**

- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici) effettuati nei 100 giorni precedenti e relativi all'intervento stesso;
- per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistenza, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico, per i diritti di sala operatoria e per il materiale dell'intervento;
- per i materiali di intervento ed apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento;
- per l'assistenza medica per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali, cure omeopatiche e per esami post intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- per le rette di degenza, con il limite di **€ 250,00=** al di fuori del Network per ogni giorno di ricovero;
- per il trasporto in Italia dell'Assicurato presso gli Istituti di Cura per il ricovero, con il limite massimo di **€ 1.500,00=** per persona e per evento, elevato ad **€ 5.000,00=** all'estero;
- rese necessarie dall'intervento o sostenute dopo la cessazione del ricovero per esami, per acquisto di medicinali, per prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi e per cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuate nei 100 giorni successivi al ricovero stesso, elevati a 180 giorni in caso di trapianti e malattie oncologiche;
- per vitto e pernottamento in Istituto di Cura di un accompagnatore dell'assicurato fino alla concorrenza di **€ 100,00=** giornaliero e col **limite massimo di 60 giorni per ciascun anno assicurativo;**
- per parto non cesareo avvenuto in Istituto di Cura fino ad un massimo di **€ 2.500,00=**
- per parto cesareo, aborto terapeutico, adenoidi e tonsille fino ad un massimo di **€ 5.000=** nonché il rimborso delle spese sostenute:
- per il prelievo sul donatore;
- per il prelievo sull'assicurato in qualità di donatore vivente.

**MASSIMALE PER LE SOPRAINDICATE PRESTAZIONI**

La garanzia di cui al presente articolo si intende prestata, fatti salvi i sottolimiti previsti per specifiche garanzie aggiuntive, fino alla concorrenza di **€ 250.000,00=** anche in caso di





Grande Intervento (vedi elenco) intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e ciascun Assicurato e relativo nucleo familiare assicurato.

#### **FRANCHIGIA PER RICOVERI SVOLTI FUORI NETWORK**

Nel caso in cui le prestazioni per i ricoveri (con o senza intervento) sia delle cliniche che e/o dei medici, fossero effettuate **al di fuori** delle convenzioni intrattenute dalla Compagnia (**Network**), resterà a carico dell'Assicurato uno **scoperto per ogni sinistro del 15% con il minimo di Euro 1.000.=, ridotto a Euro. 500.= per Day Hospital, interventi ambulatoriali e ricoveri senza intervento.**

Tale franchigia tuttavia non si applica alle prestazioni aggiuntive, per le quali siano previsti specifici sottolimiti di rimborso ( trasporto, vitto e pernottamento di un accompagnatore ).

<b>CONDIZIONI PARTICOLARI</b>
-------------------------------

#### **CURE DENTARIE DA INFORTUNIO**

A parziale deroga del capitolo "DELIMITAZIONI", la garanzia si intende estesa alle cure odontoiatriche e acquisto di protesi, sino a concorrenza di **Euro 10.000.=** per anno assicurativo e per ciascun nucleo familiare assicurato.

**Sono escluse le spese relative agli apparecchi per la correzione del processo di dentizione.**

**La garanzia è operante a condizione che l'assicurato presenti la documentazione medica rilasciata dal Pronto Soccorso che certifichi l'incidento.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

#### **CURE ONCOLOGICHE**

Nei casi di malattie neoplastiche, la Compagnia rimborsa le spese sostenute e documentate relative a chemioterapia, cobaltoterapia e terapie radianti, non necessariamente in regime di ricovero o di Day Hospital, sino a concorrenza di **Euro 7.500.=** per anno assicurativo e per ciascun nucleo familiare assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

#### **ALTA DIAGNOSTICA e TECNICHE TERAPEUTICHE**

##### **ALTA DIAGNOSTICA**

- Coronarografia
- MOC
- PET
- RMN
- TAC

##### **TECNICHE TERAPEUTICHE**

- Dialisi
- Laserterapia (tecnica chirurgica)
- Litotripsia renale e biliare

La garanzia di cui al presente titolo si intende prestata fino alla concorrenza di **Euro 6.000,00=** intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per ciascun assicurato e/o ciascun nucleo familiare assicurato, senza applicazione di scoperto./ franchigia.



Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

#### DIAGNOSTICA SPECIALISTICA

- ARTOGRAFIA ED ARTOGRAFIA DIGITALE;
- ANGIOGRAFIA;
- BRONCOSCOPIA;
- DIAGNOSTICA RADIOLOGICA
- DOPPLER ED ECODOPPLER;
- ECOGRAFIA;
- ELETTROCARDIOGRAFIA;
- ELETTROENCEFALOGRAFIA;
- ECG ANCHE SECONDO HOLTER;
- ENDOSCOPIA;
- SCINTIGRAFIA;
- TELECUORE.

La garanzia di cui al presente articolo si intende prestata fino alla concorrenza di **Euro 6.000,00=** intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per ciascun assicurato e/o ciascun nucleo familiare assicurato, con applicazione di uno **scoperto del 20% con il minimo di Euro. 100,00 se ci si rivolge ad una struttura non convenzionata e con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di Euro. 75,00 se ci si rivolge ad una struttura convenzionata.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

#### ALTRE CONDIZIONI SEMPRE OPERANTI

##### SPESE PER IL RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, avvenuto durante il ricovero per evento indennizzabile a termini di polizza, sino alla concorrenza di **Euro 5.000,00=** intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo.

##### SPESE AMBULATORIALI DI PRONTO SOCCORSO

In caso di cure ambulatoriali di pronto soccorso presso Istituto di Cura **a seguito di infortunio che non comporti ricovero**, la Compagnia rimborsa le spese sostenute per l'applicazione di apparecchi gessati, immobilizzazione di arti, nonché relativi accertamenti diagnostici, assistenza medica e medicinali, trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con il massimo di **Euro 5.000,00=** per evento.

##### DIARIA SURROGATORIA

La Compagnia corrisponde una indennità di **Euro 85,00=** per ogni giorno di ricovero in Istituto di Cura, elevata a **Euro 100=** dall'ottavo giorno, con applicazione di una **franchigia di 3 giorni in caso di ricovero senza intervento, per un periodo massimo di gg. 100 per persona e per anno assicurativo, se tutte le spese sono a carico dell'assistenza sanitaria sociale.**

Oltre a tale indennità, la Compagnia rimborserà le spese sostenute per accertamenti diagnostici, onorari dei medici, esami, effettuati nei 30 giorni precedenti l'inizio del ricovero o la data dell'intervento e nei 30 giorni successivi la dimissione, fino a concorrenza **Euro**



**1.000.=** per ogni ricovero, senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto. La somma così rimborsata non determina la riduzione del massimale previsto per le PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE. La degenza in Day Hospital non è soggetta alla presente indennità.

#### **INDENNITA' ONCOLOGICA**

Qualora l'Assicurato venga colpito dall'insorgenza di una malattia oncologica maligna (caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale) che richieda il ricovero, la Società corrisponderà una somma pari a **Euro 2.000.=**.

La presente garanzia è operante a condizione che **la data della prima diagnosi** – comprovata da certificazione medica e da cartella clinica – **sia successiva alla data di effetto del contratto o successiva alla data di inserimento in copertura dell'Assicurato.**

Il pagamento dell'indennità verrà corrisposto una sola volta per l'intero periodo di durata della polizza, compresi i casi di rinnovo o ripresa di polizze esistenti.

**La garanzia opera in caso di permanenza in vita dell'Assicurato alla data della richiesta di indennizzo.**

#### **TRISOMIA 21 – SINDROME DI DOWN** (figli di assistiti)

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down), nei premi tre anni di vita del neonato sarà erogata una **indennità pari a Euro 1.000.= per anno e per neonato per un periodo massimo di tre anni.**

#### **FECONDAZIONE ETEROLOGA**

E' prevista per l'Assicurato la copertura presso strutture sanitarie presenti in qualsiasi paese dell'UE, delle spese necessarie al trattamento di Fecondazione Eterologa.

Tuttavia, qualora il trattamento sia effettuato all'Estero, sono escluse dalla presente garanzia tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'Assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore.

Il massimale annuo di spesa e per nucleo familiare previsto per tale garanzia è pari a **Euro 250.=**

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate o medici convenzionati con il Network, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture senza applicazione di scoperti e franchigie.

E' fatto salvo in ogni caso il diritto dell'assistito di utilizzare anche strutture sanitarie non convenzionate con il Network, senza applicazione di scoperti o franchigie.

#### **ASSISTENZA POST PARTO**

La presente garanzia si articola in due prestazioni per il recupero dell'Assistita a seguito del parto.

a) Supporto psicologico post parto

Entro tre mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è previsto un numero massimo di tre visite psicologiche.

b) Controllo Arti inferiori

Entro sei mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è possibile effettuare una visita di controllo degli arti inferiori al fine di stabilire la presenza di alterazioni patologiche del circolo venoso e profondo degli arti inferiori.

#### **CONTROLLO PEDIATRICO**

La Società provvederà con presa a carico diretta, al pagamento per ciascun nucleo



familiare di una visita specialistica pediatrica di controllo **per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni**, da effettuarsi presso struttura convenzionata aderente al Network, alle seguenti condizioni:

1 visita tra 6 mesi e 12 mesi di età del bambino; 1 visita ai 4 anni e 1 visita ai 6 anni di età del bambino.

La presente garanzia è prestata con l'applicazione di una **franchigia a carico dell'Assicurato pari a Euro 36,15= per singola visita.**

### **CURE TERMALI MINORI**

La presente garanzia prevede il rimborso delle seguenti cure termali erogate una volta all'anno ad assistiti di **età non superiore a 15 anni compiuti**:

#### Cure inalatorie

Inalazione, Aerosol orale o nasale, Aerosol ionico o sodico, Irrigazione nasale, Doccia nasale micronizzata, Nebulizzazione.

La presente garanzia è erogata presso le strutture convenzionate con il Network con **l'applicazione di uno scoperto del 50% per ogni ciclo di prestazioni.**

E' fatto salvo in ogni caso il diritto dell'Assistito di utilizzare anche strutture sanitarie non convenzionate, in questo caso il **rimborso massimo è pari a Euro 35= per ogni ciclo di prestazioni.**

#### Cure Otorinolaringoiatriche

Insuflazioni endotimpaniche, politzer crenoterapico.

La presente garanzia è erogata presso le strutture convenzionate con il Network con **l'applicazione di uno scoperto del 50% per ogni ciclo di prestazioni.**

E' fatto salvo in ogni caso il diritto dell'Assistito di utilizzare anche strutture sanitarie non convenzionate, in questo caso il **rimborso massimo è pari a Euro 45= per ogni ciclo di prestazioni.**

### **RISCHIO GUERRA**

A parziale deroga del capitolo "DELIMITAZIONI", la garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.

### **EVENTI NATURALI ALL'ESTERO**

A parziale deroga del capitolo "DELIMITAZIONI", la garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti da terremoti, inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche. Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalle predette cause che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

### **COPERTURA GRATUITA PER NEONATI**

I neonati nel periodo di validità della polizza sono gratuitamente assicurati per identiche somme e garanzie previste per la madre al momento della loro nascita, con decorrenza da tale momento e sino alle ore 24 del 60° giorno successivo. A parziale deroga di quanto previsto alla voce "Esclusioni", del Capitolo "DELIMITAZIONI", sono compresi anche i ricoveri per interventi relativi alla eliminazione o correzione di malformazioni congenite. La copertura assicurativa non vale per la prima visita pediatrica e per la cura dell'ittero emolitico.

### **ANTICIPO DEPOSITO**



Nel caso in cui l'Istituto di Cura richieda come deposito per un ricovero una somma superiore a **Euro 3.500.=**, la Compagnia anticiperà, all'Assicurato che ne faccia richiesta, entro il limite del 50% del massimale assicurato, la somma occorrente per tale deposito. Tale anticipo avverrà a condizione che:

- non sorgano contestazioni sulla risarcibilità a termini di polizza delle spese di ricovero;
- sia presentata la certificazione dell' Istituto di Cura che attesti la avvenuta richiesta del deposito ed il presunto ammontare delle spese sanitarie;
- l'Assicurato indichi la presunta data del ricovero che non può essere oltre il 30° giorno dalla data della richiesta di anticipo.
- Trascorso tale periodo La Compagnia avrà diritto di richiedere la restituzione di detto anticipo in caso di verificato mancato ricovero.
- La Compagnia avrà comunque diritto di richiedere la restituzione dell'anticipo in ogni caso di accertata irrisarcibilità, a termini di polizza, delle spese di ricovero.

### **ESONERO PRESENTAZIONE QUESTIONARI ANAMNESTICI**

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di presentazione del questionario anamnestico e si intendono comprese le malattie pregresse, cioè quelle curate e/o diagnosticate in data antecedente la validità della presente polizza;

### **SERVIZIO BLUE ASSISTANCE**

La Compagnia, per il tramite di BLUE ASSISTANCE, mette a disposizione dell'Assicurato un servizio di assistenza realizzato attraverso una specifica convenzione per ricoveri da effettuarsi in Istituti di Cura convenzionati e con Equipe Medica convenzionata.

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi congiuntamente degli Istituti di Cura e dell'Equipe Medica convenzionati assumendosi ogni responsabilità connessa a tale decisione, è sollevato (fatto salvo per l'eventuale importo previsto in polizza come franchigia a suo carico) per prestazioni ricevute, sempreché indennizzabili a termini di polizza.

## **PRESTAZIONI ASSISTENZA SEMPRE OPERANTI**

In base agli specifici accordi stipulati fra la Società e la Struttura Organizzativa di AciGlobal S.p.A. l'Assicurato potrà beneficiare dei seguenti prestazioni fornite ed erogate direttamente dalla Struttura Organizzativa:

### **INFORMAZIONI SANITARIE**

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni relative a:

- situazioni climatiche,
- profilassi, vaccinazioni, patologie locali,
- Istituti di cura, medici specialisti,
- cautele da adottare in relazione alla situazione sanitaria locale del Paese di destinazione del Viaggio

la Società, tramite la Struttura Organizzativa, fornirà le informazioni richieste.



### CONSIGLI DI UN MEDICO

Qualora l'Assicurato **a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa**, abbia necessità di parlare per telefono con un medico per avere consigli in merito alla patologia in corso, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, fornirà i consigli medici richiesti.

### TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA

Qualora l'Assicurato **a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa**, necessiti di essere trasferito presso il più vicino Istituto di cura o luogo attrezzato per il pronto soccorso, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà ad inviare un'autoambulanza tenendo a proprio carico il relativo costo.

### INFORMAZIONI CLINICHE SUL PAZIENTE

Qualora l'Assicurato in Viaggio, **a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa**, venga ricoverato in un Istituto di cura, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato o dei suoi familiari, stabilirà un collegamento tra i propri medici di guardia della Struttura Organizzativa ed i medici che hanno in cura l'Assicurato sul posto, mantenendo informati i familiari sull'evoluzione del quadro clinico.

### INVIO MEDICO IN ITALIA

Qualora l'Assicurato necessiti di essere visitato da un medico generico presso la propria Residenza in Italia, **a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa** e qualora i medici di guardia della Struttura Organizzativa lo giudichino necessario, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà ad inviare, tenendo a proprio carico l'onorario, un medico generico reperibile nella zona in cui risiede l'Assicurato. In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze, a giudizio dei medici di guardia della Struttura Organizzativa, lo rendessero necessario, la stessa provvederà ad organizzare, tramite ambulanza, il trasferimento dell'Assicurato in un pronto soccorso. I costi dell'ambulanza sono a carico della Società.

### SEGNALAZIONE DI UN MEDICO SPECIALISTA

Qualora **a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa** avvenuti in Viaggio emerga la necessità che l'Assicurato si debba sottoporre ad una visita specialistica, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, compatibilmente con le disponibilità locali, segnalerà all'Assicurato un medico nella zona in cui esso si trova. Ove non fosse disponibile alcun medico specialista, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, potrà segnalare un medico generico. **Il costo della visita rimane a carico dell'Assicurato.**

### MEDICAL SECOND OPINION

**Qualora l'Assicurato affetto da una grave patologia, desideri ottenere un parere qualificato, a seguito di Infortunio o Malattia grave, e necessiti di parlare con un'Istituzione medico-scientifica (ospedali, centri di ricerca, professionisti) altamente qualificata, per ottenere un ulteriore parere medico, la Struttura Organizzativa richiede le copie delle cartelle cliniche già nelle mani dell'Assicurato e di tutte le diagnosi precedentemente da lui raccolte provvedendo:**

- ad adeguare i documenti ricevuti ed equiparare i differenti parametri diagnostici ai protocolli dell'Istituzione medico-scientifica da interpellare;
- a tradurli secondo le richieste dell'Istituzione medico-scientifica prescelta;
- a trasmetterli all'Istituzione medico-scientifica tramite adeguati sistemi di tele-medicina;
- ad inviare all'Assicurato il parere dell'Istituzione medico-scientifica una volta ottenuto da questa il relativo parere.



Per ogni anno di validità del servizio e per ogni Assicurato, la Struttura Organizzativa tiene a proprio carico le spese di organizzazione ed attivazione dell'Istituzione medico-scientifica (ospedali, centri di ricerca, professionisti).

**Sono a carico dell'Assicurato i costi della prestazione fornita dall'Istituzione medico-scientifica. Sono inoltre escluse tutte le altre spese al di fuori di quelle sopra indicate a carico della Struttura Organizzativa.**

**NUOVO SERVIZIO DI VIDEOCONSULTO per rinnovo 2023 ( un video consulto all'anno assicurativo per nucleo familiare assicurato)**

**LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA SALUTE**

Attraverso lo stesso numero verde della Struttura Organizzativa di Assistenza suindicato ( 800.095.095), si accede anche alla Struttura Organizzativa Salute.

Per chi chiama dall'Estero invece, il numero da utilizzare è il seguente: 0117425692.

**VIDEO CONSULTO CON MEDICO GENERICO**

La prestazione è fornita 24 ore su 24. Se l'assicurato ha bisogno di un consulto medico per una valutazione del proprio stato di salute, può contattare la Struttura Organizzativa di Blue Assistance per organizzare l'accesso a sessioni di videoconferenza di consulto medico generico online. Dopo il riconoscimento dell'Assicurato, la Struttura chiede un indirizzo di posta elettronica valido per l'invio del link del video consulto. Se il medico di centrale risulta occupato, la Struttura indica all'Assicurato le tempistiche entro cui sarà effettuato il video consulto. Se per problemi di copertura o per preferenza dell'Assicurato, il consulto non può essere fatto in videoconferenza, sarà effettuato un consulto telefonico.

**VIDEO CONSULTO CON MEDICO SPECIALISTA**

Se l'Assicurato ha bisogno di un video consulto con medico specialista, può contattare la Struttura Organizzativa di Blue Assistance che, raccolte le disponibilità dell'Assicurato, organizza l'appuntamento con il medico. Il video consulto è effettuato tramite il link, inviato dalla Struttura all'indirizzo e-mail fornito dall'Assicurato in fase di riconoscimento, che gli permette di accedere all'appuntamento con il medico specialista. Il servizio è disponibile dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00; i medici specialisti disponibili sono:

allergologo, cardiologo, dermatologo, diabetologo, geriatra, ginecologo, pediatra, nutrizionista, ortopedico, ostetrica, pneumologo, psicologo, veterinario. Se per problemi di copertura o per preferenza dell'Assicurato, il consulto non può essere fatto in videoconferenza, sarà effettuato un consulto telefonico.

**OPZIONE 1**

In aggiunta a quanto previsto dalla Garanzia BASE, prevede:

**CURE DOMICILIARI ED AMBULATORIALI, NON CONSEGUENTI A RICOVERO, PURCHÉ PERTINENTI ALL'EVENTO DENUNCIATO:**

La garanzia si intende estesa a:

- onorari medici per visite specialistiche, esclusi quelli per le visite pediatriche (limitatamente a quelle necessarie per il controllo della crescita), odontoiatriche ed ortodontiche;
- onorari medici per visite omeopatiche;





- analisi ed esami diagnostici di laboratorio;

La garanzia di cui al presente titolo si intende prestata fino alla concorrenza di **Euro 2.000.=**, intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per ciascun assicurato e/o ciascun nucleo familiare assicurato, **con applicazione di uno scoperto del 20% e con minimo non indennizzabile di Euro 75.= se ci si rivolge ad una struttura non convenzionata e con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di Euro. 40,00 se ci si rivolge ad una struttura convenzionata.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

#### TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

La garanzia si intende estesa al trattamenti fisioterapici, purché effettuati in centri specializzati e prescritti da medico specialista.

La garanzia di cui al presente articolo si intende prestata fino alla concorrenza di **Euro 1.500.=**, intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per ciascun assicurato e/o ciascun nucleo familiare assicurato, **con applicazione di uno scoperto del 20% e con il minimo non indennizzabile di Euro 75 sia che ci si rivolga ad una struttura convenzionata oppure non convenzionata.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

#### PROTESI SOSTITUTIVE

A parziale deroga del capitolo "DELIMITAZIONI", la garanzia si intende estesa all' acquisto di protesi sostitutive ortopediche, vocali ed apparecchi acustici sino alla concorrenza di **Euro 1.000.=** intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per ciascun assicurato e/o ciascun nucleo familiare assicurato, senza applicazione di scoperto / franchigia.

<b>OPZIONE 2</b>
------------------

In aggiunta a quanto previsto dalla **Garanzia BASE** prevede:

#### CURE DOMICILIARI ED AMBULATORIALI, NON CONSEGUENTI A RICOVERO, PURCHÉ PERTINENTI ALL'EVENTO DENUNCIATO:

La garanzia si intende estesa a:

- onorari medici per visite specialistiche, esclusi quelli per le visite pediatriche (limitatamente a quelle necessarie per il controllo della crescita), odontoiatriche ed ortodontiche;
- onorari medici per visite omeopatiche;
- analisi ed esami diagnostici di laboratorio;

La garanzia di cui al presente titolo si intende prestata fino alla concorrenza di **Euro 2.000.=**, intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per ciascun assicurato e/o ciascun nucleo familiare assicurato, **con applicazione di uno scoperto del 20% e con minimo non indennizzabile di Euro 75.= se ci si rivolge ad una struttura non convenzionata e con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di Euro. 40,00 se ci si rivolge ad una struttura convenzionata.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.





### TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

La garanzia si intende estesa al trattamenti fisioterapici, purché effettuati in centri specializzati e prescritti da medico specialista;

La garanzia di cui al presente titolo si intende prestata fino alla concorrenza di **Euro 1.500.=**, intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per ciascun assicurato e/o ciascun nucleo familiare assicurato, con applicazione di **uno scoperto dei 20% e con il minimo non indennizzabile di Euro 75.= sia che ci si rivolga ad una struttura convenzionata oppure non convenzionata.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

### PROTESI SOSTITUTIVE

A parziale deroga del capitolo "DELIMITAZIONI", la garanzia si intende estesa agli acquisto di protesi sostitutive ortopediche, vocali ed apparecchi acustici sino alla concorrenza di **Euro 1.000.=** intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per ciascun assicurato e/o ciascun nucleo familiare assicurato, senza applicazione di scoperto / franchigia..

### CORREZIONE DELLA VISTA

A parziale deroga del capitolo "DELIMITAZIONI", in caso di intervento di chirurgia refrattiva (correzione di difetti della vista) la garanzia é prestata fino a concorrenza di **Euro 3.000.=** con il limite di **Euro. 1.500.=** per ciascun occhio per anno assicurativo e per nucleo familiare. **Nel limite di Euro 1.500 si intendono comprese anche le spese sostenute prima e dopo l'intervento.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga dei Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

### CURE DENTARIE - LENTI

A parziale deroga del capitolo "DELIMITAZIONI", la garanzia si intende estesa alle cure odontoiatriche ed ortodontiche, acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche, sino alla concorrenza di **Euro 700,00.** intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per ciascun assicurato e ciascun nucleo familiare assicurato, con applicazione di **uno scoperto del 35% e con il minimo non indennizzabile di Euro 135,00= se ci si rivolge ad una struttura non convenzionata e con applicazione di uno scoperto del 35% con il minimo di Euro. 80,00 se ci si rivolge ad una struttura convenzionata.**

**Sono escluse le spese relative agli apparecchi per la correzione del processo di dentizione.**

Qualora il nucleo familiare in copertura sia in numero pari o superiore a 3 persone (dipendente, coniuge e uno o più figli, oppure dipendente e almeno due figli), il massimale è elevato da **Euro 700,00 a Euro 1.400,00.**

Fermo lo scoperto ed il minimo non indennizzabile sopra indicati, la garanzia si intende estesa all'acquisto, una volta ogni due anni, di lenti da vista (escluso montature) in seguito a modifica del visus, comprese le lenti a contatto (escluse le usa e getta ), per ciascun assicurato e nucleo familiare per l'acquisto di un solo paio di lenti per ciascuna persona assicurata. La presente estensione si intende prestata con un massimale aggiuntivo pari ad **Euro 300,00, elevato ad Euro 500,00** quando il nucleo familiare in copertura è pari o superiore a tre persone (dipendente, coniuge e uno o più figli, oppure dipendente e almeno



due figli) con applicazione di **uno scoperto del 35% e con il minimo non indennizzabile di Euro 100.=** sia che ci si rivolga ad una struttura convenzionata oppure non convenzionata.



## INFORMATIVA ai sensi dell'Articolo 13, Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR")

La presente informativa viene fornita, oltre che per rispondere ad un preciso obbligo normativo, per chiarire, nel rispetto del principio di trasparenza, gli ambiti di trattamento delle Sue informazioni personali relativamente alla stipula di polizze assicurative con Sara Assicurazioni S.p.A. e per permetterle di fornire in modo consapevole il Suo consenso, ove necessario, al trattamento dei Suoi dati personali.

### 1. CHI È IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO?

Il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è Sara Assicurazioni S.p.A., in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede legale in Via Po, 20, Roma (il "**Titolare**" o "**Sara Assicurazioni**").

### 2. COME CONTATTARE IL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI?

Il *Responsabile della protezione dei dati personali* (il "**RDP**"), in persona del soggetto *pro tempore* nominato, è contattabile inviando una e-mail all'indirizzo di posta elettronica [RDP@sara.it](mailto:RDP@sara.it) ovvero scrivendo al seguente indirizzo:

Responsabile Protezione Dati Personali  
Sara Assicurazioni S.p.A.  
Via Po, 20  
00198 - Roma

### 3. COS' È IL DATO PERSONALE?

Ai sensi del GDPR, per dato personale si intende: *"qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile; 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"* (i "**Dati**").

Il GDPR definisce, altresì, le particolari categorie di dati personali, ossia *"i dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona"* (i "**Dati Sensibili**").

### 4. QUALI SONO LE FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI SUOI DATI E LA RELATIVA BASE GIURIDICA?

Il trattamento è diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità assicurative quali, a titolo esemplificativo, conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri, attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

I Suoi Dati saranno, altresì, trattati dal Titolare per l'adempimento di obblighi di legge. A titolo esemplificativo, Sara Assicurazioni potrà trattare i Suoi Dati per adempimenti di natura fiscale connessi all'esecuzione del contratto, nonché per obbligazioni relative alla normativa antifrode e antiriciclaggio.

Il consenso da Lei prestato sui singoli temi potrà essere revocato in qualsiasi momento contattando il RPD ai recapiti indicati al precedenti paragrafo 2.

In ogni caso, ci impegniamo ad assicurare che le informazioni raccolte e utilizzate siano appropriate rispetto le finalità descritte, e che ciò non determini un'invasione della Sua sfera personale.

No.	Finalità del trattamento	Natura obbligatoria o volontaria del	Conseguenze del rifiuto al conferimento dei	Condizione di
-----	--------------------------	--------------------------------------	---	---------------



		conferimento dei dati personali	dati personali	liceità del trattamento
1	Assunzione e gestione della polizza assicurativa	Volontaria	Impossibilità di fornirLe il servizio richiesto	Esecuzione del contratto e il Suo consenso con specifico riferimento al trattamento dei Suoi Dati Sensibili

## 5. A CHI COMUNICHIAMO I SUOI DATI PERSONALI?

Il Titolare potrà comunicare alcuni Suoi Dati e Dati Sensibili a persone fisiche o giuridiche delle quali si avvale per lo svolgimento di attività connesse alla erogazione dei servizi oggetto del contratto. In particolare, i Suoi Dati potranno essere comunicati a società esterne che offrono servizi amministrativi, servizi informatici, contabili e di consulenza.

Tali società tratteranno i Suoi Dati e Dati Sensibili in qualità di Responsabili del trattamento. L'elenco dei Responsabili del trattamento può essere richiesto contattando il RPD ai recapiti indicati al precedente paragrafo 2.

Il Titolare, inoltre, potrà comunicare i Suoi Dati e Dati Sensibili, oltre che ai soggetti cui la comunicazione sia dovuta in forza di obblighi di legge, a Pubbliche Amministrazioni, alle altre società del Gruppo, siano esse controllanti, controllate o partecipate, a società di coassicurazioni e/o di riassicurazione, agli istituti di credito con cui il Titolare opera a fini di pagamento, a istituti finanziari e/o di factoring. Tali soggetti tratteranno i Suoi Dati in qualità di autonomi titolari del trattamento.

Non è prevista alcuna forma di diffusione dei Suoi Dati e Dati Sensibili a soggetti indeterminati.

## 6. DOVE TRASFERIAMO I SUOI DATI?

Sara Assicurazioni di norma non trasferisce i Suoi Dati e Dati Sensibili al di fuori dell'Unione Europea. In alcune determinate circostanze e per finalità connesse alla conservazione e gestione elettronica dei dati, alcuni dei suoi Dati possono essere forniti a destinatari che li trasferiscono presso paesi terzi. In questo caso Sara Assicurazioni assicura che il destinatario, che opera in qualità di Responsabile del Trattamento, rispetti le disposizioni di cui al GDPR ivi comprese le norme specificatamente dettate per il trasferimento dei dati personali verso paesi terzi. In particolare, Sara Assicurazioni garantisce che i trasferimenti avvengano sulla base di una decisione di adeguatezza o della sottoscrizione da parte del Responsabile di clausole contrattuali tipo di protezione dei dati approvate dalla Commissione Europea.

L'effettivo trasferimento dei dati personali verso paesi terzi e le connesse maggiori informazioni possono essere richieste contattando il RPD ai recapiti indicati al precedente paragrafo 2.

## 7. PER QUANTO TEMPO CONSERVIAMO I SUOI DATI?

I Dati e i Dati Sensibili a Lei riferibili saranno trattati da Sara Assicurazioni solo per il tempo necessario per le finalità sopra menzionate.

In particolare, riportiamo di seguito i principali periodi di utilizzo e conservazione dei Suoi Dati e i Dati Sensibili con riferimento alle diverse finalità di trattamento:

- per finalità connesse all'esecuzione del contratto, i Suoi Dati e i Dati Sensibili saranno trattati dal Titolare per tutta la durata del contratto e sino a che sussistano obbligazioni o adempimenti connessi all'esecuzione del contratto e saranno conservati per un periodo di 11 anni successivo a tale termine per finalità connesse all'adempimento di obblighi di legge e per consentire al Titolare la difesa dei propri diritti;



## **8. QUALI SONO I SUOI DIRITTI IN QUALITÀ DI INTERESSATO DEL TRATTAMENTO?**

Durante il periodo in cui Sara Assicurazioni è in possesso dei Suoi Dati e, se del caso, dei Suoi Dati Sensibili, Lei, in qualità di interessato del trattamento, può, in qualsiasi momento, esercitare i seguenti diritti:

- Diritto di revocare il consenso prestato – Lei ha il diritto di revocare in ogni momento il consenso da Lei prestato per i diversi trattamenti che lo richiedono;
- Diritto di accesso – Lei ha il diritto di ottenere la conferma circa l'esistenza o meno di un trattamento concernente i Suoi Dati e Dati Sensibili nonché il diritto di ricevere ogni informazione relativa al medesimo trattamento;
- Diritto alla rettifica – Lei ha il diritto di ottenere la rettifica dei Suoi Dati e Dati Sensibili in nostro possesso, qualora gli stessi siano incompleti o inesatti;
- Diritto alla cancellazione – in talune circostanze, Lei ha il diritto di ottenere la cancellazione dei Suoi Dati e Dati Sensibili presenti all'interno dei nostri archivi;
- Diritto alla limitazione del trattamento – al verificarsi di talune condizioni, Lei ha il diritto di ottenere la limitazione del trattamento concernente i Suoi Dati e Dati Sensibili;
- Diritto alla portabilità – Lei ha il diritto di ottenere il trasferimento dei Suoi Dati e Dati Sensibili in nostro possesso in favore di un diverso Titolare;
- Diritto di opposizione – Lei ha il diritto di opporsi al trattamento dei Suoi Dati e Dati Sensibili;
- Diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo – nel caso in cui Sara Assicurazioni si rifiuti di soddisfare le Sue richieste di accesso, verranno fornite le ragioni del relativo rifiuto. Se del caso, Lei ha il diritto di proporre reclamo così come descritto nel seguente paragrafo 9.

Lei può esercitare i Suoi diritti contattando il RPD ai recapiti indicati al precedenti paragrafo 2

## **9. COME PROPORRE UN RECLAMO?**

Qualora Lei desideri proporre un reclamo in merito alle modalità attraverso cui i Suoi Dati e, se del caso, i Suoi Dati Sensibili sono trattati da Sara Assicurazioni, ovvero in merito alla gestione di un reclamo da Lei proposto, Lei ha il diritto di presentare un'istanza direttamente all'Autorità di controllo.