



GENERALI
Assicurazioni Generali S.p.A.



Contratto di assicurazione Malattie per aziende – rimborso spese mediche

FONDO ASSISTENZA DI SOCIETA' DEL GRUPPO UBI BANCA
Polizza N. 330036028

M81/804.EB-Fondo Ubi ed.04/2013



Il presente Fascicolo informativo, contenente

- Nota informativa, comprensiva del glossario
- Condizioni di assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Avvertenza: Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

Data ultimo aggiornamento: 30/04/2013

NOTA INFORMATIVA

Contratto di assicurazione Malattie per aziende – rimborso spese mediche

M81/804.EB-Ubi Banca ed.04/2013



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

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

GLOSSARIO

Annualità assicurativa	La prima annualità assicurativa coincide con il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la prima data di scadenza del contratto. Per le annualità assicurative successive è il periodo che intercorre tra la data di rinnovo e la successiva data di scadenza.
Assicurato	La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Assistenza infermieristica	L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma.
Centrale Operativa Medica	<i>La struttura in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00 esclusi i festivi, costituita da medici, tecnici ed operatori 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 nei casi previsti le prestazioni garantite dal contratto.</i>
Condizioni di assicurazione	Il documento che disciplina in via generale il contratto di assicurazione
Contraente	La persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione.
Day Hospital	La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.
Durata contrattuale	Periodo durante il quale il contratto è efficace
Franchigia	Per le garanzie che indennizzano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dall'indennizzo, che resta comunque a carico dell'Assicurato. Per le garanzie che prevedono un'indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento Chirurgico Ambulatoriale	L'intervento di chirurgia effettuato senza degenza, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.

Istituto di Cura	Ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia oncologica	Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
Nota informativa	Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la società deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Società, al contratto stesso e alle caratteristiche del contratto.
Nucleo familiare	L'intero nucleo familiare composto da coniuge e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia per i quali la Società è disposta a prestare l'assicurazione in base all'opzione indicata nell' Allegato 1, lettera A1.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società	Assicurazioni Generali S.p.A. che esercita le assicurazioni e le operazioni indicate all'Art. 2 del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209.
Strutture Mediche Convenzionate	Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con la Centrale Operativa Medica, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Società, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1.

Informazioni generali

- a) Assicurazioni Generali S.p.A. – Capogruppo del Gruppo Generali;
- b) sede legale: Trieste (Italia) – Piazza Duca degli Abruzzi, 2 - Italia;
- c) sede secondaria: Direzione per l'Italia, Mogliano Veneto (TV) – Via Marocchesa, 14 – Italia.
- d) recapito telefonico: +39 041 5492 111, sito internet: www.generalitaly.it, e-mail info@generalitaly.it;
- e) iscritta al numero 1.00003 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione ed è Capogruppo del Gruppo Generali, iscritto al numero 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.

2.

Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società di assicurazioni

Il patrimonio netto ammonta a 14.259,508 milioni di euro, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a 1.556,873 milioni di euro e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammonta a 12.702,635 milioni di euro.
L'indice di solvibilità, riferito alla gestione danni, è 1.090,8% (tale indice rappresenta il

rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente).

Si rinvia al sito internet dell'Impresa per la consultazione di eventuali aggiornamenti del fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Relativamente alla durata del contratto si precisa che lo stesso, se di durata non inferiore ad un anno e sempreché non derogato con apposita clausola, prevede il tacito rinnovo a scadenza.

Avvertenza: per esercitare la disdetta alla scadenza del contratto il Contraente o la Società devono inviare comunicazione a mezzo di lettera raccomandata entro il termine di 30 giorni prima della scadenza stessa. In tale caso l'assicurazione cessa in corrispondenza della scadenza cui si riferisce la disdetta. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 1.2 delle condizioni di assicurazione.

3.

Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto garantisce agli Assicurati una copertura per il rimborso delle spese mediche per:

- Intervento chirurgico con ricovero, Day Hospital o Ambulatoriale
- Ricovero o Day Hospital senza intervento chirurgico

Per i dettagli delle garanzie previste dall'assicurazione, *operanti unicamente in relazione a quanto indicato in polizza*, si rinvia agli articoli del Capitolo 4 "Garanzie" delle condizioni di assicurazione.

Sono salve ulteriori condizioni particolari concordabili tra le parti al momento della conclusione del contratto.

Avvertenza: il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative ovvero cause di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Dette limitazioni ed esclusioni sono contraddistinte nelle condizioni di assicurazione dal carattere corsivo. In particolare si rinvia agli articoli 1.1 (rif. Pagamento del premio) e 2.4 (rif. Esclusioni) delle condizioni di assicurazione.

Avvertenza: il contratto prevede franchigie, scoperti e massimali applicabili alle coperture assicurative. Si rinvia pertanto alle relative condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

In particolare, si rinvia:

- agli articoli 3.5 (rif. Somme assicurate, Scoperto, Franchigia) e 4.1, 4.2, 4.4 (rif. massimi di somme assicurate) delle condizioni di assicurazione;

Per facilitare la comprensione del relativo meccanismo di funzionamento se ne illustrano di seguito alcune esemplificazioni numeriche.

Esempio di massimale

Somma assicurata per annualità assicurativa per la garanzia Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche di euro 100.000,00.

Primo sinistro con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 50.000,00: indennizzo integrale.

Secondo sinistro occorso nella stessa annualità assicurativa con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 60.000,00: indennizzo pari a euro 50.000,00. (Massimale residuo dopo il primo sinistro euro 100.000,00-50.000,00 = euro 50.000,00. Anche se nel secondo sinistro sono stati spesi euro 60.000,00 ne verranno rimborsati solo euro 50.000,00 che corrispondono al massimale residuo per l'annualità assicurativa in questione).

Esempio di scoperto

Scoperto del 20% per la garanzia Rimborso spese extraricovero.

Sinistro con spese sostenute ed indennizzabili a termini di polizza pari a euro 500,00.

L'indennizzo delle spese sostenute è pari a euro 400,00 (500,00-100,00: dove 100,00 rappresenta il 20% delle spese sostenute ed indennizzabili a termini di polizza).

Esempio di franchigia/minimo

Franchigia di euro 1.000,00 per la garanzia Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche.

Sinistro con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 10.000,00.

L'indennizzo è pari a euro 9.000,00 (10.000,00-1.000,00: dove 1.000,00 rappresenta l'importo di franchigia).

4.

Periodi di carenza contrattuali

Avvertenza: relativamente alle garanzie dell'assicurazione Malattie non sussistono periodi di tempo – carenze – prima che le stesse siano operanti.

5.

Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario sanitario - Nullità

Avvertenze: eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Per le relative conseguenze si rinvia all'articolo 1.3 (rif. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni) delle condizioni di assicurazione.

6.

Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione nei termini previsti dal contratto di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Per le conseguenze in caso di omessa comunicazione si rinvia a quanto previsto all'art. 2.2 (rif. Persone non assicurabili) delle condizioni di assicurazione.

L'Assicurazione vale fino al permanere del rapporto di associazione tra Assicurato e Contraente, l'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di Associazione con il Contraente stesso; allo scioglimento di detto rapporto, l'assicurazione cessa con effetto immediato.

Esempio

L'Assicurato in corso di contratto diviene affetto da tossicodipendenza. In base a quanto previsto dall'art. 2.2 (rif. Persone non assicurabili) delle condizioni di assicurazione, l'Assicurazione cessa nei suoi confronti dal momento della manifestazione della patologia.

7.

Premi

Il contratto prevede, per ciascun anno o frazione d'anno di durata, la corresponsione da parte del Contraente di un premio.

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- a mezzo bancomat, ove disponibile presso l'intermediario;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società;
- con assegno intestato o girato alla Società con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società;

- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (RID);
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Avvertenza: la Società o l'intermediario possono applicare sconti di premio con le seguenti modalità:

- concordando con il Contraente limitazioni di garanzia;
- sulla base della numerosità degli Assicurati;
- sulla base di specifiche valutazioni di carattere commerciale.

8.

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

9.

Diritto di recesso *Avvertenza: il contratto prevede per la Società e per il Contraente la possibilità di recedere dal contratto stesso nei casi previsti dalla legge. Per i termini e modalità di esercizio si rinvia alle norme del Codice Civile.*

10.

Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.
Avvertenza: resta fermo quanto previsto dall'art. 1915 del codice civile per cui se l'Assicurato dolosamente non adempie l'obbligo di avviso del sinistro perde il diritto all'indennizzo, mentre se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo la Società ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

11.

Legge applicabile al contratto Al contratto si applica la legge italiana. Le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvo i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

12.

Regime fiscale Il contratto è soggetto ad imposta sulle assicurazioni ai sensi della legge 29 ottobre 1961, n° 1216 e successive modificazioni ed integrazioni.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13.

**Sinistri –
Liquidazione
dell’indennizzo**

Avvertenza: per le garanzie dell’assicurazione Malattie si precisa che:

- *l’individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide con la data del ricovero;*
- *la denuncia del sinistro deve essere fatta dall’Assicurato non appena ne ha avuto possibilità, corredata dalla necessaria documentazione medica;*
- *la Società può richiedere la visita medica in caso di sinistro.*

Per gli aspetti di dettaglio inerenti le procedure liquidative si rinvia agli articoli del Capitolo 3 “Norme operanti in caso di sinistro” delle condizioni di assicurazione.

14.

**Assistenza diretta
– Convenzioni**

Avvertenza: l’Assicurato può usufruire del pagamento diretto delle spese di ricovero o intervento ricorrendo alle Strutture Mediche Convenzionate previa attivazione della Centrale Operativa Medica. Nel caso in cui l’Assicurato non si avvalga dell’assistenza diretta, il rimborso potrà essere effettuato con applicazione di uno scoperto.

Per le modalità ed i termini di attivazione della Centrale Operativa Medica si rinvia all’articolo 3.6 delle condizioni di assicurazione.

L’elenco degli Istituti di cura facenti parte delle Strutture mediche convenzionate per l’Assicurato con la presente polizza è disponibile sul sito www.generali.it.

15.

Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto ad Assicurazioni Generali S.p.A., Direzione per l’Italia – Funzione Customer Service, Via Marocchese 14, 31021 Mogliano Veneto, TV - fax 800.961.987, e-mail assistenza_clienti@generali.it oppure nel sito www.generali.it, compilando il form presente alla voce “contact us”.

Qualora l’esponente non si ritenga soddisfatto dall’esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all’IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse collettivo) - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, corredando l’esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

I reclami indirizzati all’IVASS dovranno contenere:

- a. nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b. individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l’operato;
- c. breve descrizione del motivo di lamentela;
- d. copia del reclamo presentato alla Società e dell’eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e. ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all’IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/finances-retail/finnet/index_en.htm).

In relazione alle controversie inerenti il presente contratto, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell’autorità giudiziaria, previo esperimento del procedimento di mediazione nei casi in cui costituisca condizione di procedibilità della domanda giurisdizionale ai sensi della vigente normativa.

Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all’Autorità di Vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta.

16.

**Arbitrato –
Controversie**

Per la soluzione di determinate controversie in merito ai sinistri è facoltà di entrambe le Parti avvalersi di quanto previsto dalle clausole di arbitrato. Luogo dell'arbitrato sarà la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato. Si rinvia all'art. 3.3 delle condizioni di assicurazione.

Avvertenza: in ogni caso resta comunque possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria; in tal caso è necessario l'esperimento preventivo del procedimento di mediazione nei casi in cui costituisca condizione di procedibilità della domanda giurisdizionale ai sensi della vigente normativa.

Eventuali istanze di mediazione nei confronti della Società aventi a oggetto la gestione del rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:
GBS SpA, Area Liquidazione, Ufficio Atti Giudiziari, via Castelfidardo 43/45, 00198 Roma
Fax 06.44494313 – e.mail: AttiGiudiziariGBSAreaLiquidazione@GeneraliGroup.com

* * *

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

I rappresentanti legali

Dott. Mario Greco



Dott. Manlio Lostuzzi



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Contratto di assicurazione Malattie per aziende – rimborso spese mediche

M81/804.EB-Fondo Ubi ed.04/2013



1. NORME COMUNI

Art. 1.1

Entrata in vigore dell'assicurazione - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.
Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.
I premi o le rate di premio successivi al primo devono essere pagati all'Agenzia di Cuneo, alla quale è assegnato il contratto e sono dovuti alle scadenze delle annualità assicurative successive alla prima come specificato all'art. 1.6 "Regolazione del premio".

Art. 1.2

Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della data di scadenza, il contratto è prorogato per una ulteriore annualità e così successivamente.

Art. 1.3

Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società e risultanti dai documenti contrattuali.
Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.
Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.
Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato relative alla disdetta del contratto o della sua interpretazione/applicazione devono essere fatte con lettera raccomandata. Le comunicazioni ordinarie vengono inviate tramite il Fondo con la posta interna di UBI Banca.

Art. 1.4

Oneri

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, all'assicurazione ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 1.5

Obblighi del Contraente

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

Art. 1.6

Regolazione del premio

Il premio annuo viene pattuito in Euro 395 (comprese imposte del 2,5%) per ogni scheda di adesione sottoscritta dall'Assicurato e pagato in rate mensili dal Contraente a mezzo bonifico bancario come indicato nel regolamento.

In caso di adesione successiva all'entrata in vigore della presente polizza, il premio viene calcolato in dodicesimi.

Il Contraente *entro il 20° giorno* lavorativo del mese successivo all'adesione accrediterà sull'apposito conto corrente indicato dalla Società l'importo relativo alle adesioni sottoscritte e relative alle singole scadenze mensili.

Entro il 20° giorno lavorativo del mese successivo il Contraente dovrà comunicare alla Società il numero delle nuove schede di adesione sottoscritte dagli Assicurati di cui all'allegato. 1), nonché il numero delle disdette o comunque le adesioni prive di effetto.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 00 del 20° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00 del giorno successivo al pagamento, ferme le successive scadenze.

Art. 1.7

Riservatezza dei dati personali

Il Contraente si impegna a fornire agli assicurati l'Informativa Contrattuale, ai sensi dell'Art.13, del D.Lgs. n.196/03, allegata a queste Condizioni di assicurazione (Allegato 4) e a restituire alla Società il consenso dell'Assicurato.

2. DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 2.1

Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 2.2

Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività H.I.V. o A.I.D.S.; al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto, l'assicurazione nei loro confronti viene a cessare indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'assicurato.

Art. 2.3

Permanenza in assicurazione - Limiti di età

L'assicurazione vale per tutti gli Associati al Fondo Assistenza di Società del Gruppo UBI BANCA riconducibili alla definizione di Assicurato di cui all' allegato 1 (lettera A1) di polizza. Per le persone che risultino assicurate in relazione al rapporto di associazione intercorrente con il Contraente, l'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di Associazione con il Contraente stesso; allo scioglimento di detto rapporto, l'assicurazione cessa con effetto immediato.

Art. 2.4

Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

- a) gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;*
- b) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto salvo le malformazioni congenite del neonato fino al compimento del secondo anno di vita;*
- c) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;*
- d) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo per i neonati che non abbiano compiuto il 3° anno di età e quelli a scopo ricostruttivo resi necessari da infortunio;*
- e) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotetici e di implantologia non conseguenti ad infortunio;*
- f) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;*
- g) Cure ed interventi per eliminazione o correzione dei vizi di rifrazione oculare qualora vi sia deficit visivo per ciascun occhio inferiore o pari a 4 diottrie;*
- h) degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere, ad eccezione delle degenze per riabilitazione a seguito di intervento fino a 90 gg dall'intervento stesso*
- i) ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza ovvero quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;*

Art. 2.5

Termini di aspettativa e limiti di prestazione

L'assicurazione ha effetto :

- per gli infortuni:
dalle ore 24 del giorno di ricevimento da parte del Contraente della scheda di adesione;

- per le malattie :
dalle ore 24 del 120° giorno successivo a quello del ricevimento da parte del Contraente della scheda di adesione per il personale dipendente in servizio, in quiescenza o superstite, non già assicurato con polizza del Fondo;
dalle ore 24 del 60° giorno successivo a quello del ricevimento da parte del Contraente della scheda di adesione per il personale neoassunto;

Per gli associati già aderenti alla Polizza del Fondo alla data del 31/12/2012 che aderiranno alla presente polizza dal 31/12/2012 , le prestazioni decorreranno dal 31/12/2012.

Si precisa inoltre che l'Assicurato o il superstite del contraente al FONDO ASSISTENZA DI SOCIETA' DEL GRUPPO UBI BANCA , che non abbia stipulato la presente polizza in quanto facente parte del nucleo familiare di altro Associato assicurato con la medesima, potrà aderire al presente contratto nel termine di 60 giorni dalla perdita della qualità di Assicurato. In tal caso l'assicurazione avrà ugualmente effetto dalle ore 24 del giorno di ricevimento da parte del Contraente della scheda di adesione.

3. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 3.1

Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) presentare, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro corredata dalla necessaria documentazione;*
- 2) allegare la copia della cartella clinica completa per le prestazioni connesse ai ricoveri;*
- 3) acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti.*

L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 3.2

Criteri di liquidazione

La Società effettua il rimborso delle spese, a cura ultimata e direttamente all'Assicurato, entro 30 giorni dalla presentazione degli originali delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, nella valuta avente

corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

Per la corresponsione delle indennità per i giorni di ricovero, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, previa presentazione dei documenti giustificativi (cartella clinica completa e documentazione medica) attestanti durata e ragioni del ricovero.

Art. 3.3

Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un collegio arbitrale di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

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

Per ogni controversia diversa da quella precedente è competente esclusivamente, a scelta della parte attrice, l'Autorità Giudiziaria di Brescia, ovvero ove risiede o è domiciliato l'Assicurato.

Art. 3.4

Documentazione fiscale – Rimborso da enti

Qualora l'Assicurato abbia presentato o debba presentare ad enti assistenziali l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, *al netto di eventuali scoperti e franchigie*

La Società restituisce all'Assicurato le notule, distinte, fatture e ricevute relative ai pagamenti effettuati.

Art. 3.5

Somme assicurate – scoperto e franchigia

Il rimborso delle spese indennizzabili a termini di contratto avviene per ogni garanzia fino a concorrenza della relativa somma assicurata. Tale somma deve intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona o per nucleo familiare in base a quanto indicato all'articolo 4. Garanzie

Il rimborso delle spese avviene per ciascuna garanzia *previa eventuale applicazione dello scoperto e della franchigia indicati.*

Qualora siano operanti sia la franchigia che lo scoperto, in caso di sinistro la Società indennizzerà all'Assicurato le spese previa deduzione della percentuale di scoperto con il minimo dell'importo della franchigia.

L'applicazione degli scoperti e delle franchigie si intende riferita all'ammontare delle spese effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato e indennizzabili a termini di contratto.

Art. 3.6

Reti convenzionate

Rete GBS

Le Assicurazioni Generali, in collaborazione con GBS, hanno studiato e realizzato un servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati nei quali gli Assicurati possono rivolgersi per le prestazioni previste dal contratto con costi sostenuti direttamente dalla Società, *ad eccezione delle franchigie di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa*. Le modalità operative del servizio sono disciplinate dalla guida al servizio che forma parte integrante del presente contratto (allegato 3).

Art. 3.7

Determinazione dell'esercizio di competenza

Le parti concordano di specificare nelle condizioni di assicurazione la determinazione dell'esercizio di competenza già utilizzata nella liquidazione del contratto assicurativo.

L'individuazione dell'annualità assicurativa di competenza di un sinistro per ricovero (Art.4.1) avviene con il seguente criterio :

la data del sinistro è quella dell'entrata dell'assicurato nella struttura ospedaliera. A questa data si fa riferimento per tutte le garanzie legate al ricovero e per identificare l'annualità per lo smontamento del massimale. Pertanto, qualora un ricovero o le prestazioni per terapie oncologiche in day hospital o in regime di ricovero inizino in un'annualità assicurativa e terminino in quella successiva, l'assicurato avrà diritto alle garanzie nei limiti previsti esclusivamente per l'annualità assicurativa in cui sono iniziati il ricovero o le suddette terapie; in caso di corresponsione dell'indennità sostitutiva di cui all'art 4.2. Assistenza Sanitaria Sociale - Trasformabilità della prestazione, l'indennità sostitutiva relativa ai giorni di ricovero o di day hospital effettuati nell'annualità assicurativa successiva a quella in cui è iniziato il ricovero o il regime di day hospital, sarà conteggiata nel massimale dell'annualità precedente.

4. GARANZIE

Art. 4.1

Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche

La Società, per le malattie e gli infortuni verificatisi nell'anno assicurativo, rimborsa le spese sostenute:

A) OSPEDALIERE

1) *in caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital per:*

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, accertamenti diagnostici, e gli esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza;
- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori

dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero; per gli esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei 90 giorni successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico

- vitto e pernottamento in un istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di Euro 55,00 e con un massimo di giorni 150;
- trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'istituto di cura;
- trasporto dell'Assicurato all'estero, in treno o con aereo o altro mezzo idoneo.

2) in caso di ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico per:

- rette di degenza;
- assistenza medica ed infermieristica, accertamenti diagnostici e trattamenti fisio-terapici e rieducativi, cure, medicinali riguardanti il periodo di ricovero;
- accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici effettuati al di fuori dell'Istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso; per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei 90 giorni successivi al termine del ricovero.
- vitto e pernottamento in un istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di Euro 55,00 e con un massimo di giorni 150;
- trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'istituto di cura;
- trasporto dell'Assicurato all'estero, in treno o con aereo o altro mezzo idoneo.

La Società rimborsa altresì le spese sostenute per tutte le terapie dovute a malattia oncologica, relative al periodo di Day Hospital.

3) in caso di parto non cesareo:

- il rimborso delle spese per le rette di degenza, accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, medicinali, riguardanti il periodo di ricovero fino a d un massimo di Euro 1.033,00=
- vitto e pernottamento in un istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di Euro 55,00 e con un massimo di giorni 150;
- trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'istituto di cura;
- trasporto dell'Assicurato all'estero, in treno o con aereo o altro mezzo idoneo.

4) INTERVENTI CHIRURGICI DI CORREZIONE DEL VISUS

La Società rimborsa altresì le spese relative agli interventi per la correzione o eliminazione di vizi di rifrazione, con deficit visivo per ciascun occhio superiore alle 4 diottrie, eseguiti sia in struttura ospedaliera che ambulatoriale, con il massimo di Euro 2.500,00 (come rimborso una tantum) per ciascun assicurato.

La presente assicurazione è prestata fino a concorrenza della somma di Euro 55.000,00= da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare

assicurato, qualunque sia il numero dei sinistri.

Il rimborso delle spese verrà effettuato previa detrazione dello scoperto del 10% con il minimo di Euro 1.500,00 sulle spese effettivamente sostenute e documentate.

Lo scoperto non viene applicato ai ticket e alle spese per interventi chirurgici di correzione del visus di cui al p.to 4

Art. 4.2

Trasformabilità della prestazione: Indennità sostitutiva

L'assicurazione di cui alla presente polizza si intende prestata indipendentemente e ad integrazione dell'Assistenza Sanitaria Sociale.

E' data facoltà a ciascun assicurato di rinunciare al rimborso delle spese e optare per una indennità per ogni giorno di ricovero di Euro 105,00 per persona, per un massimo per ciascuna persona di n. 100 giorni per anno.

Tale indennità viene corrisposta a partire :

- dal primo giorno per i ricoveri di cui **all' art 4.4 Interventi Chirurgici ad alta specializzazione**
- dal sesto giorno successivo a quello del ricovero.

In caso di terapie oncologiche svolte all'interno o meno del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponde una indennità di Euro 52,00 con il massimo di 100 giorni per annualità assicurativa per ogni giorno di terapia effettuata in regime ambulatoriale, in Day Hospital o in regime di ricovero ospedaliero. La corresponsione della diaria in caso di terapie oncologiche avverrà senza applicazione di franchigia

Art. 4.3

Anticipo

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assicurato domandare anticipatamente – entro il limite dell' 50% della somma assicurata – il rimborso dell'importo effettivamente versato a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.

L'anticipo avverrà *a condizione che*:

- *non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità a termini di contratto delle spese di ricovero;*
- *sia presentata la certificazione dell'istituto di cura che attesti l'avvenuta richiesta del deposito, il presunto ammontare delle spese sanitarie, la descrizione della patologia che ha determinato il ricovero o l'intervento chirurgico.*

Art. 4.4

Interventi Chirurgici ad alta specializzazione

In caso di ricovero con intervento chirurgico determinato da una delle cause risultanti dall'elenco di seguito riportato, la somma assicurata per la garanzia "Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche" deve intendersi raddoppiata.

Il rimborso delle spese verrà effettuato previa detrazione dello scoperto del 10% con il minimo di Euro 1.500,00 sulle spese effettivamente sostenute e documentate.

ALLEGATO 1 alle Condizioni di Assicurazione

FONDO ASSISTENZA DI SOCIETA' DEL GRUPPO UBI BANCA Polizza N. 330036028

Lettera A) assicurati e premio

A.1.Assicurati	Assicurato Il soggetto a cui favore è prestata l'assicurazione, cioè gli Associati al Fondo Assistenza di Società del Gruppo Ubi Banca , ed i superstiti che hanno diritto alle prestazioni dirette del Fondo e che abbiano sottoscritto atto di adesione alla polizza e i loro familiari quali risultanti dallo stato di famiglia, i figli non conviventi purchè studenti fino ad un massimo di 28 anni, ed i figli fiscalmente a carico o per i quali esiste obbligo di mantenimento, al momento dell'evento, e si intende valida <ul style="list-style-type: none">- durante il diritto alle prestazioni del fondo;- indipendentemente alle condizioni fisiche degli Associati.
A.2.Premio	Il premio annuo, comprensivo di imposta, per ogni unità assicurata (persona o nucleo familiare in base a quanto sopra indicato) è stabilito nella misura di € 395; il Contraente al perfezionamento dell'assicurazione si impegna pertanto a pagare il premio secondo le modalità previste all'articolo 1.6 Regolazione del premio .

ALLEGATO 2 alle Condizioni di Assicurazione

INTERVENTI CHIRURGICI AD ALTA SPECIALIZZAZIONE

• patologie del cuore
• patologie tumorali maligne
• donazioni di organi (per donatore o ricevente)
• malattie infantili (limitatamente alle malformazioni congenite del neonato fino al compimento del secondo anno di vita)
• patologie dei reni
• patologie dei polmoni
• patologie degli occhi
• patologie del fegato (compresa la colecisti)
• fibromi uterini, miomi uterini ed adenomi mammari
• patologie dello stomaco e del duodeno
• interventi chirurgici sul cervelletto in dipendenza da malattia o infortunio.

ALLEGATO 3 alle Condizioni di Assicurazione

Il servizio di pagamento diretto

La Rete GBS

Per “Rete GBS” si intende l’insieme delle strutture sanitarie (Ospedali, Case di Cura e Centri Diagnostici) e dei professionisti convenzionati con GBS, alle quali l'Assicurato potrà essere indirizzato dalla Centrale Operativa per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è disponibile nel sito delle Assicurazioni Generali www.generali.it alla voce “Strutture Convenzionate” ed è periodicamente aggiornato. la Rete infatti è suscettibile di modifiche anche in corso dell’annualità assicurativa. L’ufficio Convenzioni provvede all’aggiornamento costante della propria Banca Dati, potendo fornire all'Assicurato un’informazione sempre aggiornata tramite la Centrale Operativa

Accesso ai servizi ospedalieri (ricoveri,day hospital,interventi chirurgici ambulatoriali)

L'Assicurato, qualora necessiti di effettuare una prestazione sanitaria presso una struttura convenzionata deve contattare la Centrale Operativa possibilmente entro 5 giorni feriali prima della data della prestazione, al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e dell’equipe medica e di valutare la congruità assicurativa della prestazione.

La Centrale Operativa è raggiungibile dal **lunedì al venerdì dalle 9 alle 18**, contattando il numero **02/40959628**.

In caso di ricoveri urgenti in orario diverso da quello indicato, si richiede all’assicurato di contattare la Centrale Operativa il primo giorno feriali disponibile.

Al fine di garantire la copertura diretta delle spese ed espletare le relative pratiche in favore dell'Assicurato, all’atto della telefonata è necessario comunicare:

- nome e cognome della persona che effettua la prestazione
- contraente della polizza
- recapito telefonico mobile – per l’invio di SMS di conferma - della persona che effettua la prestazione
- struttura sanitaria presso cui sarà effettuata la prestazione
- data della prestazione
- nominativo equipe medica

Alla positiva verifica della convenzione da parte della Centrale Operativa è necessario che l’assicurato trasmetta via fax allo 041/2598849 **la prescrizione medica con i seguenti elementi:**

- indicazione della prestazione da effettuare**
- diagnosi**
- anamnesi prossima e remota.**

La preventiva richiesta dell’assicurato, l’invio della documentazione sopra indicata e la successiva conferma da parte della Centrale Operativa **sono condizioni indispensabili per l’operatività del pagamento diretto**.

All’atto del ricevimento della certificazione medica, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, **entro le 48 ore successive** autorizza la struttura convenzionata (tramite l’invio di un fax) ad effettuare la prestazione ed avvisa l’Assicurato del buon esito della pratica.

All’atto della prestazione presso una struttura convenzionata, l'Assicurato dovrà sottoscrivere l'apposita "lettera d'impegno", documento che ribadisce gli obblighi reciproci tra struttura convenzionata e Assicurato, integrata con gli adempimenti relativi a quanto previsto dalla D.lgs. n. 196/2003 sulla tutela dei dati personali.

La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà a GBS direttamente gli originali delle fatture e copia dei referti per il pagamento delle prestazioni nel rispetto delle convenzioni in essere con le strutture sanitarie.

Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dalla polizza, l'eventuale non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro da parte della Compagnia Assicuratrice con modalità rimborsuale.

Si ribadisce che l'Assicurato avrà diritto al pagamento diretto delle spese fatturate dai professionisti e dalle strutture convenzionate solo limitatamente quando queste siano state garantite dalla Centrale Operativa.

Pagamento diretto delle spese garantite dalla polizza in caso di prestazioni sanitarie presso la Rete GBS

Qualora la Centrale Operativa abbia autorizzato il pagamento diretto a ricovero avvenuto o a prestazione sanitaria erogata, la Compagnia Assicuratrice pagherà direttamente le spese dovute per le prestazioni mediche ed ospedaliere purché indennizzabili a termini di polizza, ferma l'applicazione dell'eventuale franchigia che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura sanitaria al momento della dimissione.

L'Assicurato dovrà provvedere al pagamento delle spese o delle eccedenze di spesa a proprio carico per prestazioni non indennizzabili a termini di polizza.

Accesso ai servizi extraospedalieri (accertamenti diagnostici / visite specialistiche se operante la relativa garanzia e attivato il servizio di pagamento diretto)

Qualora l'Assicurato necessiti di effettuare **una prestazione extraospedaliera** presso una struttura sanitaria convenzionata, è necessario attivare la Centrale Operativa almeno 2 giorni feriali prima della data della prestazione al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e del medico in caso di visite specialistiche.

La richiesta per attivare il pagamento diretto deve essere effettuata telefonicamente chiamando il numero dedicato e comunicando:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione
- contraente di polizza
- recapito telefonico mobile – per l'invio di SMS di conferma - della persona che effettua la prestazione
- struttura sanitaria presso la quale verrà effettuata la prestazione
- data della prestazione
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con **diagnosi o presunta diagnosi**.

Alla positiva verifica della convenzione, della struttura sanitaria e- in caso di visita specialistica - del medico specialista, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, autorizza **entro le 24 ore successive** la struttura convenzionata (tramite l'invio di un fax) ad effettuare la prestazione nel rispetto delle condizioni generali di assicurazione (con evidenza di eventuali spese non previste dalla copertura) senza contattare l'assicurato.

Nel caso in cui l'autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa invierà un fax di negazione alla struttura sanitaria e contatterà l'assicurato.

L'Assicurato al momento dell'accettazione presso gli ambulatori dovrà sottoscrivere la "lettera d'impegno" (documento che riporta gli obblighi reciproci tra assicurato e struttura sanitaria convenzionata) in relazione alla prestazione e con riferimento alle condizioni di assicurazione, e consegnare la prescrizione comunicata telefonicamente alla Centrale Operativa.

La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà a GBS gli originali delle fatture e la richiesta medica della prestazione per il pagamento delle stesse nel rispetto delle convenzioni in essere con le strutture sanitarie.

Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dalla polizza, l'eventuale non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro da parte della Compagnia Assicuratrice con modalità rimborsuale.

Prestazioni pre e post ricovero

Relativamente alle prestazioni pre-ricovero, l'Assistito può chiedere l'attivazione dell'Assistenza diretta solo nel caso in cui il ricovero è stato autorizzato dalla Centrale Operativa; relativamente alle prestazioni post-ricovero, l'Assistito può chiedere l'attivazione dell'Assistenza diretta con l'invio della lettera di dimissione.

NOTA

Qualora l'assicurato non attivi l'Assistenza diretta ma utilizzi comunque un centro clinico convenzionato con pagamento a proprio carico avrà diritto all'applicazione delle tariffe di convenzione facendosi riconoscere quale assicurato Generali . La spesa sostenuta potrà essere oggetto di richiesta di rimborso se rientrante nel piano sanitario sottoscritto.



Informativa contrattuale vita ed employee benefit

Polizza N. 330036028

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D. LGS. 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società, Titolare del trattamento, intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili o giudiziari(1), al fine di fornire i servizi assicurativi(2), ivi compresi quelli di previdenza complementare(3), da Lei richiesti o in Suo favore previsti.

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti(4), sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i servizi sopracitati e sono trattati solo con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie a questi scopi, anche quando comunichiamo a tal fine alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero; per taluni servizi, inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa(5).

I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattare tali dati, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione. Senza i Suoi dati – alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge (6) – non potremo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte.

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i suoi dati presso di noi, la loro origine e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento(7) rivolgendosi al Responsabile ex art. 7 D. Lgs. 196/2003: Generali Corporate Services S.c.a.r.l. – Privacy Gruppo Italia, Via Marocchessa 14, 31021 Mogliano Veneto TV, tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235.

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Responsabile ex art. 7 D. Lgs. 196/2003. Il sito www.generali.it riporta le informative aggiornate ed ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati – eventualmente anche sensibili – effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Luogo e data	Nome e cognome dell'gli interessato/i (leggibili)	Firma
_____	_____	_____

NOTE:

- (1) L'art. 4, co. 1, lett. d) del D.Lgs.196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; lo stesso art. 4, co. 1, lett. e) definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.
- (2) Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione, raccolta dei premi, liquidazione delle prestazioni contrattuali o dei sinistri, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
- (3) Il trattamento è connesso e strumentale alla gestione dei rapporti tra il Fondo Pensione ed i suoi aderenti ed alla gestione e liquidazione di trattamenti pensionistici complementari al sistema obbligatorio pubblico e di eventuali prestazioni, a cui il Fondo Pensione è autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.
- (4) Ad esempio contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato o beneficiario, oppure aderenti dei fondi pensione che La qualificano come beneficiario, nonché banche dati consultabili in fase preassuntiva, assuntiva o liquidativa
- (5) I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti facenti parte della cosiddetta "catena assicurativa": contraenti, assicurati, aderenti, agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione e delle adesioni di previdenza complementare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, attuari, legali e medici fiduciari, strutture sanitarie, pignoratori, vincolatori, società di recupero crediti ed altri erogatori convenzionati di servizi; tali dati possono inoltre essere comunicati a società del Gruppo Generali, compagnie di assicurazione, fondi pensione e altre società che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione dei contratti e dei sinistri, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di rilevazione della qualità del servizio, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. I dati possono essere comunicati a società del Gruppo Generali per attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative, nonché ad organismi associativi e consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; alcuni dati possono essere comunicati, per obbligo di legge o regolamento, ad organismi istituzionali, quali Autorità Giudiziaria e Forze dell'Ordine, IVASS, Banca d'Italia – UIF, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, COVIP, CONSOB, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, INPS, Casellario Centrale Infortuni, concessionarie per la riscossione dei tributi.
- (6) Lo prevede ad esempio la disciplina contro il riciclaggio.
- (7) Questi diritti sono previsti dall'art.7 del D.Lgs. 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

MOD. AGPRY42/02

Direzione per l'Italia - 31021 Mogliano Veneto, via Marocchessa 14 - telefono 041 5492 111 - fax 041 942 909 - sito internet: www.generali.it - e-mail: info@generali.it



Società costituita nel 1831 a Trieste - Capitale sociale € 1.556.873.283,00 interamente versato - Sede legale in Trieste, piazza Duca degli Abruzzi 2
Codice fiscale e Registro imprese 00079760328 - Iscritta al numero 1.00003 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione
Capogruppo del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi