



Doc Exclusive

Contratto di Assicurazione Malattia

Il presente Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario la Proposta di Adesione deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Adesione

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa



Il presente Fascicolo Informativo è stato redatto nel mese di maggio 2012
e i dati in esso contenuti sono aggiornati al 31.05.2012

Nota Informativa

Doc Exclusive

Contratto di assicurazione Malattia

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

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1 - Informazioni generali

Bipiemme Vita S.p.A. (la "Compagnia" o l'"Impresa") è la Società Capogruppo del Gruppo assicurativo Bipiemme Vita, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 045.

Bipiemme Vita S.p.A. appartiene al Gruppo Covéa ed è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Covéa Société de Groupe d'Assurance Mutuelle SGAM (il "Gruppo Covéa").

L'indirizzo della sede legale e della Direzione Generale è: Via del Lauro, 1 – 20121 Milano - Italia.

Recapito telefonico: 02 -77.00.24.05

Sito Internet: www.bipiemmevita.it

Indirizzo di posta elettronica: info.generale@bpmvita.it

Bipiemme Vita S.p.A. è un'impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 17/3/1994 (G.U. n. 68 del 23/03/1994) esteso con provvedimenti ISVAP n. 1208 del 07/07/1999 (G.U. n. 164 del 15/07/1999) e n. 2023 del 24/01/02 (G.U. n. 31 del 06/02/2002).

2 - Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Sulla base dei dati relativi all'ultimo bilancio approvato alla data di redazione del presente fascicolo, ossia il bilancio dell'esercizio 2011, il patrimonio netto di Bipiemme Vita S.p.A. è pari a € 146.661.033,00 di cui il capitale sociale ammonta a € 202.340.000,00 e il totale delle riserve patrimoniali a € 10.331.925,00

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari a 1,552.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il presente contratto è stipulato con tacito rinnovo.

Il Contraente può dare la disdetta inviando la richiesta per iscritto almeno trenta giorni prima della ricorrenza annuale della decorrenza del contratto (la "Data di Decorrenza), quest'ultima riportata nella proposta di adesione (la "Proposta").

Si rinvia alla sezione IV – articolo 15 – "Tacita proroga del contratto" delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

3 – Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Doc Exclusive è un contratto di assicurazione malattia che prevede l'erogazione da parte della Compagnia di un indennizzo a copertura delle spese sostenute dall'Assicurato a seguito di un ricovero, con o senza intervento chirurgico, e per quelle terapie o prestazioni specialistiche extra ricovero precisate nelle Condizioni di Assicurazione, nel rispetto dei limiti del massimale assicurato degli scoperti e delle franchigie stabilite dalle Condizioni di Assicurazione.

Si rinvia alla sezione I – “Prestazioni” e alla sezione II “Prestazioni Aggiuntive” delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Il rischio non è coperto qualora il sinistro sia conseguenza di uno degli eventi illustrati alla sezione IV - articolo “12 – Rischi esclusi dall'assicurazione” delle Condizioni di Assicurazione.

Come stabilito alla sezione IV - articolo “11 – “Persone non assicurabili” delle Condizioni di Assicurazione, l'Assicurato non può avere un'età superiore a 65 anni e 6 mesi.

4 – Periodi di carenza contrattuali

Il contratto prevede una limitazione temporale della garanzia definita “periodo di carenza” (il “**Periodo di Carenza**”), che intercorre fra il momento della sottoscrizione e quello di effettivo inizio della copertura assicurativa, durante il quale sono sospese le prestazioni assicurate.

Si rinvia all'articolo “3 – Decorrenza della garanzia – termini di aspettativa” della Sezione IV delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

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

Al fine di stimare correttamente il rischio, il contratto qui descritto prevede il vaglio delle condizioni di salute dell'Assicurato attraverso l'analisi di un questionario anamnestico (il “**Questionario Sanitario**” o più semplicemente il “**Questionario**”) che è parte integrante del contratto e che l'Assicurato deve sottoscrivere dopo averlo completato con particolare attenzione e solo dopo avere verificato l'esattezza delle informazioni in esso contenute.

E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dall'Assicurato siano complete e veritiere per evitare successive legittime contestazioni da parte della Compagnia, che potrebbero anche compromettere il diritto alla prestazione.

Si rinvia alla sezione IV – articolo 13 – “Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio” delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

6 – Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il Contraente non è tenuto a comunicare alla Compagnia l'aggravamento del rischio in corso di contratto

7 – Premi

Il premio il “**Premio**” o al plurale i “**Premi**”) (è determinato, per ogni Assicurato, in base alla fascia di età assicurativa di appartenenza ed alla cadenza di pagamento prescelta dal Contraente.

Il Premio può essere corrisposto annualmente in unica soluzione oppure in dodici rate mensili con un aggravio di costi, anche in funzione della fascia di età di appartenenza, comunque mai superiore al 5% (cinque per cento) rispetto al pagamento unico

Il pagamento di ciascun Premio avverrà attraverso l'addebito del relativo importo sul conto corrente bancario o sul libretto nominativo di risparmio che il Contraente intrattiene con B.P.M. - Banca

Popolare di Milano S.C. a R.L. o sue controllate e partecipate o con eventuali altri Istituti di Credito che distribuiscono i prodotti della Compagnia.

Il nucleo familiare composto da genitori e figli conviventi, in cui non più di due membri abbiano un'età superiore ai 29 anni, gode di uno sconto sul premio di tariffa, in base al numero di componenti.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia alla sezione III articolo "B – 1 - Tariffa speciale nucleo familiare" delle Condizioni di Assicurazione.

I dipendenti e i parenti dei dipendenti del Gruppo Bipiemme godono di uno sconto pari al 5% del Premio.

I soci degli istituti di credito del Gruppo Bipiemme godono di uno sconto pari al 3% del Premio.

8 – Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

Poiché l'entità del Premio è determinata, per ogni Assicurato, in base alla fascia di età assicurativa di appartenenza ed al frazionamento prescelto, il suo ammontare varierà a partire dalla prima scadenza annuale del periodo di assicurazione durante il quale l'Assicurato raggiunge la soglia della successiva fascia di età di appartenenza.

La Compagnia, con cadenza triennale, ha facoltà di variare l'entità del Premio, fatte salve le modifiche dipendenti dall'età dell'Assicurato/i e ferme restando le condizioni previste dalla polizza.

L'eventuale incremento del Premio sarà proporzionale all'aumento dei costi sanitari rilevati da apposito Indice ISTAT: "Servizi sanitari e spese per la salute".

9 – Diritto di recesso

Il Contraente e la Compagnia possono esercitare il diritto di recesso sul presente contratto.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia alla sezione IV - articolo 15 – "Tacita proroga del contratto" delle Condizioni di Assicurazione.

10 – Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Il Contraente deve ricordare che un contratto di assicurazione è un documento che va custodito con cura annotandone la scadenza e informandone i familiari o una persona di fiducia. È importante non dimenticarsi dell'esistenza del contratto ed esigere le prestazioni nei termini di Legge. Infatti l'articolo 2952 del Codice Civile dispone che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione (cioè il pagamento delle prestazioni previste) si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda (la scadenza del contratto, il decesso dell'Assicurato ecc.).

11 – Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la Legge italiana.

12 – Regime fiscale

12.1 – Regime fiscale dei premi

Ogni Premio corrisposto in dipendenza di questo contratto di assicurazione sconta un'imposta pari al 2,5% (due virgola cinque per cento) del Premio stesso.

I Premi pagati dal Contraente per l'assicurazione qui descritta non sono detraibili né deducibili dal reddito della persona fisica che sopporta l'onere economico del pagamento.

11.2 – Regime fiscale degli indennizzi corrisposti

Le somme corrisposte a titolo di indennizzo, anche se erogate in forma di rendita, sono esenti dall'IRPEF.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13 – Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Il sinistro insorge quando si verifica uno degli eventi indennizzabili previsti dal contratto assicurativo.

In caso di sinistro il Contraente deve farne denuncia per iscritto alla società che gestisce i sinistri entro i termini previsti dalla legge. La Compagnia rimborserà quanto dovuto entro 25 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione completa relativa al sinistro.

Si rinvia all'articolo "3 – Decorrenza della garanzia – termini di aspettativa" e all'articolo "17 – Criteri di liquidazione e modalità di rimborso" della Sezione IV delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

14 – Assistenza diretta - Convenzioni

La copertura assicurativa può venire prestata anche nella forma di assistenza diretta. In tale caso qualora l'Assicurato si rivolga ad un Istituto di Cura appartenente ad una struttura sanitaria convenzionata e abbia chiesto alla società che gestisce i sinistri l'autorizzazione alla procedura di assistenza diretta nei tempi e modalità previsti, Bipiemme Vita S.p.A. effettua il pagamento diretto alla struttura sanitaria delle prestazioni erogate all'Assicurato a termine di polizza.

In ogni caso rimarranno a carico dell'Assicurato le prestazioni espressamente escluse alla sezione IV articolo "12 - Rischi esclusi dall'assicurazione" delle Condizioni di Assicurazione nonché tutte le prestazioni non contemplate dalle coperture previste dalle Condizioni di Assicurazione, ogni altra spesa non compresa nella fattura dell'Istituto di cura e/o medico, gli importi eccedenti gli eventuali massimali e/o i limiti annui globali o per evento e gli importi relativi alle franchigie e/o scoperti.

Si rinvia all'articolo "17 – Criteri di liquidazione e modalità di rimborso" della Sezione IV delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Si rinvia al sito internet della Compagnia per l'elenco aggiornato dei centri e dei medici convenzionati.

15 – Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Compagnia e precisamente a Bipiemme Vita S.p.A. – Gestione Reclami – Via del Lauro, 1 - 20121 Milano - Fax 02-85.96.44.40, e-mail: reclami@bpmvita.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06-42.133.1, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

In questi casi nel reclamo deve essere indicato:

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

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito *internet*: http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

16 - Arbitrato

In caso di controversie di natura medica sulla misura delle indennità, fermo il diritto dell'Assicurato di adire le vie giudiziarie, le Parti possono demandare per iscritto la decisione ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Si rinvia all'articolo "19 – Controversie – Arbitrato irrituale" della Sezione IV delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

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

***Il Rappresentante legale
Richard Leon Ellero***



Glossario

| | |
|--------------------------------------|--|
| appendice: | documento che forma parte del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la società ed il contraente. |
| anno assicurativo | periodo che intercorre tra la data di decorrenza del contratto, o una sua ricorrenza annuale, e la ricorrenza annuale successiva; |
| assicurato: | la persona – che può essere il Contraente o un familiare iscritto nel suo stato di famiglia – il cui interesse è protetto dall'assicurazione; |
| assicurazione: | il contratto mediante il quale Bipiemme Vita S.p.A., dietro pagamento da parte del Contraente del premio pattuito, si obbliga a versare all'Assicurato l'indennizzo garantito in caso di sinistro; |
| carenza | periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la società assicuratrice non corrisponde la prestazione assicurata; |
| conflitto di interessi: | Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della società può collidere con quello del contraente. |
| contraente: | la persona fisica – titolare o contitolare di un rapporto bancario presso la Banca distributrice della polizza – che stipula l'assicurazione e ne assume i relativi obblighi contrattuali; |
| day hospital: | la degenza esclusivamente diurna, ancorché non ininterrotta, in Istituto di cura documentata da cartella clinica – dalla quale risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell'Assicurato nell'Istituto di cura – per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo, che non comportano la necessità di un ricovero, ma richiedono, per loro natura e complessità, l'esigenza di un regime di assistenza medica ed infermieristica continuo; |
| diaria: | indennità giornaliera riconosciuta all'Assicurato in caso di ricovero; |
| fascicolo informativo: | l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: – nota informativa; – condizioni di assicurazione, – glossario; – modulo di proposta. |
| franchigia: | parte di spesa, stabilita contrattualmente, che resta a carico dell'Assicurato; |
| grande intervento chirurgico: | uno degli interventi chirurgici riportati nell'Art. A-6 "Grandi Interventi chirurgici"; |
| infortunio: | l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili; |

| | |
|---|---|
| intermediario: | soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività. |
| istituto di cura: | l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "Istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche; |
| ISVAP: | istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo. |
| malattia: | ogni obiettivamente alterazione evolutiva dello stato di salute non conseguente ad infortunio; |
| nota informativa: | documento redatto secondo le disposizioni dell'ISVAP che la Compagnia deve consegnare al contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla società, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza. |
| premio: | la somma dovuta dal Contraente a Bipiemme Vita S.p.A. per ottenere la garanzia assicurativa; |
| ricovero: | la degenza ininterrotta, che richiede il pernottamento, in istituto di cura (con o senza intervento chirurgico); |
| rimborso: | la somma dovuta da Bipiemme Vita S.p.A. all'Assicurato in caso di sinistro; |
| rischio: | la possibilità che si verifichi il sinistro; |
| scoperto: | percentuale di spesa, stabilita contrattualmente, che rimane a carico dell'Assicurato; |
| sinistro: | il verificarsi degli eventi indennizzabili previsti dal contratto assicurativo; |
| società assicuratrice: | Bipiemme Vita S.p.A.- Via del Lauro 1 – 20121 Milano. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 17/3/1994 (G.U. n. 68 del 23/03/1994) esteso con provvedimenti ISVAP n. 1208 del 07/07/1999 (G.U. n. 164 del 15/07/1999) e n. 2023 del 24/01/02 (G.U. n. 31 del 06/02/2002). |
| società che gestisce i sinistri: | Società specializzata nel settore sanitario, che provvede a stipulare convenzioni in Italia e all'estero con strutture sanitarie e medici chirurghi in esse operanti e che gestisce i sinistri per conto di Bipiemme Vita S.p.A.; |
| termine di aspettativa: | periodo che intercorre tra l'effetto dell'assicurazione e l'inizio della garanzia. |

Doc Exclusive

Contratto di assicurazione Malattia

Condizioni di Assicurazione

SEZIONE I**PRESTAZIONI****A - 1 Rimborso spese mediche**

Qualora un infortunio o una malattia rendano necessario un **ricovero con o senza intervento chirurgico**, Bipiemme Vita S.p.A., comunque nel rispetto e nei limiti degli scoperti e delle franchigie di cui al successivo art. A-5, sostiene le spese sino ad un massimale di **€ 500.000,00** (cinquecentomila/00) per anno assicurativo e per Assicurato o, fino a **€ 1.000.000,00** (unmilione/00), per anno assicurativo e per Assicurato, qualora l'intervento chirurgico sia un "**Grande Intervento Chirurgico**" indicato tra quelli di cui al successivo art. A-6).

Per spese si intendono:

1. Accertamenti diagnostici compresi **onorari medici** nei novanta giorni precedenti il ricovero.
2. **Rette di degenza** (escluse quelle concernenti il comfort ed i bisogni non essenziali - radio, televisione, telefono, bevande alcoliche, ecc.).
3. **Onorari del chirurgo**, dell'aiuto, degli assistenti, dell'anestesista. Diritti di sala operatoria. Materiale di intervento (comprese protesi ortopediche applicate durante l'intervento) e quant'altro necessario (plasma, sangue, garze).
Accertamenti diagnostici, medicinali, assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi **sostenuti durante il ricovero**.
4. **Spese sostenute dall'accompagnatore** per vitto e pernottamento (all'ospedale o in struttura alberghiera qualora non sussista disponibilità ospedaliera) sia in Italia che all'estero per un ammontare massimo di € 100,00 (cento/00) al giorno per un periodo non superiore a trenta giorni.
5. **Assistenze post operatorie** nei novanta giorni successivi al ricovero per: esami, prestazioni mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, **cure termali** (escluse spese alberghiere).
In caso di ricovero senza intervento: accertamenti diagnostici, compresi onorari sostenuti nei sessanta giorni successivi al ricovero.
6. Ricovero in **day hospital** con o senza intervento chirurgico; in caso di non intervento sono compresi onorari medici, terapie mediche (*con esclusione delle visite, accertamenti di controllo e check up*).
7. Intervento ambulatoriale.
8. Spese sostenute per il **trasporto con qualsiasi mezzo** idoneo strettamente necessario all'Istituto di cura e viceversa (in Italia e all'estero) entro € 2.500,00 (duemilacinquecento/00).
9. In caso di **trapianto** di organi: spese per prelievo sul donatore.
In caso di donazione da vivente: rimborso spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero relative al **donatore** (accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza).
10. **Parto** fisiologico, parto cesareo, aborto terapeutico con il limite di € 10.000,00 (diecimila/00) comprensivo delle spese di cui ai punti 1 e 5 e delle cure e trattamenti terapeutici durante il ricovero al **neonato** nei primi trenta giorni di vita qualora la madre sia assicurata.

A - 2 Prestazione sostitutiva

In caso di **ricovero per un “Grande Intervento Chirurgico”** (tra quelli indicati al successivo art. A-6), presso una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, per cui l'Assicurato non sostiene alcun tipo di spesa al di fuori del ticket, Bipiemme Vita S.p.A. corrisponde una **diaria sostitutiva** di € 400,00 (quattrocento/00) al giorno, per ogni giorno di ricovero, fino ad un massimo di trecento giorni per anno assicurativo e per Assicurato.

In caso di **ricovero senza intervento chirurgico, ad esclusione del parto, o con un intervento chirurgico diverso dal parto cesareo e da un “Grande Intervento Chirurgico” di cui al successivo art. A-6** presso una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, per cui l'Assicurato non sostiene alcun tipo di spesa al di fuori del ticket, Bipiemme Vita S.p.A. corrisponde una **diaria sostitutiva** di € 300,00 (trecento/00) al giorno, per ogni giorno di ricovero, fino ad un massimo di trecento giorni per anno assicurativo e per Assicurato.

In caso di **ricovero per parto** presso una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, per cui l'Assicurato non sostiene alcun tipo di spesa al di fuori del ticket, Bipiemme Vita S.p.A. corrisponde una **diaria sostitutiva** di € 200,00 (duecento/00) al giorno, per ogni giorno di ricovero.

Ai fini della corresponsione della prestazione sostitutiva i giorni di entrata e di uscita sono considerati un solo giorno.

Tutte le spese sostenute nei novanta giorni precedenti e nei sessanta giorni successivi al ricovero senza intervento chirurgico (o novanta giorni successivi al ricovero con intervento chirurgico), saranno rimborsate come indicato al successivo art. A-4.

In caso di ricovero presso una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, per cui l'Assicurato sostiene delle spese diverse dal ticket, Bipiemme Vita S.p.A., **anziché la diaria sostitutiva**, riconosce il rimborso delle spese sostenute come indicato al successivo art. A-4.

A - 3 Assistenza diretta

In caso di ricovero presso una struttura sanitaria convenzionata con la società che gestisce i sinistri, il pagamento delle prestazioni avviene in regime di assistenza diretta con le modalità previste dall'art. 17 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

A - 4 Richiesta di rimborso

Il Contraente richiede il rimborso delle spese sostenute direttamente alla società che gestisce i sinistri: in caso di ricovero presso un istituto di cura non convenzionato con la stessa;

- in caso di ricovero presso una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, per cui sostiene delle spese diverse dal ticket;
- per il rimborso delle spese sostenute di cui ai precedenti punti 1, 5 e 8 dell'art. A-1;
- per il rimborso delle spese di cui ai successivi Art. A-7, A-8, A-9 e A-10 (spese per alta diagnostica, per terapie oncologiche, per visite specialistiche extra ricovero e spese per prestazioni odontoiatriche).

A - 5 Scoperti e Franchigie a carico del Contraente in caso di ricovero

In caso di ricovero dell'Assicurato presso una struttura sanitaria convenzionata con la società che gestisce i sinistri:

- per un infortunio o una malattia **senza intervento chirurgico o con un intervento chirurgico diverso da quelli indicati al successivo art. A-6**, si applica all'ammontare del rimborso richiesto una franchigia di € 500,00 (cinquecento/00);
- in **day hospital** senza intervento chirurgico si applica all'ammontare del rimborso richiesto uno scoperto del 20% (venti per cento).

In caso di ricovero dell'Assicurato presso una struttura sanitaria non convenzionata con la società che gestisce i sinistri o presso una struttura del Servizio Sanitario Nazionale nel caso in cui il solvente sia l'Assicurato o il Contraente:

- per un infortunio o una malattia che comporti un **“Grande Intervento Chirurgico”** tra quelli indicati al successivo art. A-6, si applica all'ammontare del rimborso richiesto uno scoperto del 20% (venti per cento);

- per un infortunio o una malattia **senza intervento chirurgico o con un intervento chirurgico diverso da quelli indicati al successivo art. A-6 e dal parto**, si applica all'ammontare del rimborso richiesto uno scoperto del 20% (venti per cento) con una franchigia minima di € 1.000,00 (mille/00);
- in **day hospital** senza intervento chirurgico si applica all'ammontare del rimborso richiesto uno scoperto del 20% (venti per cento).

In caso di ricovero dell'Assicurato per **parto**:

- al rimborso richiesto si applica uno **scoperto del 30%** (trenta per cento) qualora il ricovero avvenga presso una struttura sanitaria convenzionata con la società che gestisce i sinistri o presso una struttura del Servizio Sanitario Nazionale nel caso in cui il solvente sia l'Assicurato o il Contraente;
- al rimborso richiesto si applica uno **scoperto del 50%** (cinquanta per cento) qualora il ricovero avvenga presso una struttura sanitaria non convenzionata con la società che gestisce i sinistri.

A - 6 Elenco grandi interventi chirurgici

Cardiochirurgia

- Pericardiectomia parziale o totale
- Valvuloplastica a cuore aperto.
- Sostituzione valvolare singola o multipla.
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto).
- Sutura del cuore per ferite.
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi.
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, bypass aorto-coronarico.
- Impianto o sostituzione di Pace-maker epicardico o defibrillatore automatico (AICD) per via toracotomica.
- Intervento per embolia dell'arteria polmonare.

Chirurgia Vascolare

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, tronco branchio-cefalico, renali, celiaca, iliache.
- Tromboendarterectomia aorto-iliaca.
- Interventi di resezione arteriosa con plastica vasale per ferita.

Neurochirurgia

- Craniotomia per ematoma extradurale o lesioni traumatiche intracerebrali
- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici.
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici.
- Asportazione di tumori orbitali per via eso o endocranica.
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari.
- Interventi per derivazione liquorale diretta o indiretta.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi per traumi cranio-cerebrali o vertebro-midollari.
- Interventi per tumori alla base cranica per via transorale.

- Interventi per tumori orbitali.
- Interventi sulla cerniera alto-occipitale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Laminectomia per tumori intramidollari o extramidollari intradurali.
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi.
- Interventi endocranici per ascessi o ematomi intracranici.
- Interventi per encefalomeningocele o mielomeningocele.
- Rizotomia chirurgica intracranica.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari.

Chirurgia Toracica

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lombare o polmonare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Asportazione totale del timo.

Chirurgia generale

- Tiroidectomia per tumori maligni.
- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale con linfadenectomia.
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica.
- Resezione gastrica.
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.
- Resezione epatica.
- Pancreatectomia parziale o totale.
- Pancreaticoduodenectomia radicale.
- Splenectomia totale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Colectomia totale con linfadenectomia.
- Resezione retto-colica per via anteriore.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.

Chirurgia Pediatrica

- Asportazione di tumori maligni del bambino.
- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson.
- Interventi per megalouretere.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia).
- Idrocefalo.
- Correzione di deformità del torace (torace ad imbuto, torace carenato).

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica
- Vulvectomia allargata con linfadenectomia.
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni.
- Intervento radicale per tumori maligni vulvari e vaginali.
- Mastectomia radicale con svuotamento del cavo ascellare.

Chirurgia ortopedica

- Artroprotesi totale dell'anca.
 - Artroprotesi totale del ginocchio.
 - Osteosintesi vertebrali.
 - Artrodesi vertebrali per via anteriore o posteriore.
 - Disarticolazione interscapolo-toracica.
 - Emipelvectomy.
 - Interventi per rimozione e reimpianto di protesi dell'anca o del ginocchio.
 - Asportazione del disco intervertebrale (per ernia).
-

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni.
 - Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni.
 - Laringectomia totale, laringofaringectomia.
 - Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.
 - Ricostruzione della catena ossiculare.
-

Chirurgia Urologica

- Nefrectomia allargata per tumore.
 - Nefro-ureterectomia totale.
 - Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.
 - Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
 - Surrenalectomia.
 - Cistoprostatovesiculectomia totale.
-

Trapianti d'organo

- Cuore.
 - Polmoni.
 - Cuore e Polmoni.
 - Fegato.
 - Reni.
 - Pancreas.
-

SEZIONE II**PRESTAZIONI AGGIUNTIVE****A - 7 Spese per prestazioni di “alta diagnostica” extra-ricovero**

Per le prestazioni sanitarie di “Alta diagnostica” riportate di seguito, e realizzate extra-ricovero, Bipiemme Vita S.p.A. sostiene le spese sino ad un massimo di € 50.000,00 (cinquantamila/00) per Assicurato e per anno assicurativo con l'applicazione di:

- uno scoperto del 20% (venti per cento) sul rimborso di ogni prestazione effettuata in strutture sanitarie convenzionate con la società che gestisce i sinistri o effettuata presso il Servizio Sanitario Nazionale nel caso in cui il solvente sia l'Assicurato;
- uno scoperto del 30% (trenta per cento) con il minimo di € 100,00 (cento/00) sul rimborso di ogni prestazione effettuata in strutture sanitarie non convenzionate con la società che gestisce i sinistri.

Nel caso in cui le prestazioni sanitarie riportate di seguito siano effettuate presso una struttura del Sistema Sanitario Nazionale, e la spesa sostenuta ammonti al solo ticket, il rimborso sarà effettuato senza l'applicazione dello scoperto del 30% (trenta per cento) fermo restando il massimale sopra indicato.

Alta diagnostica**Esami Diagnostici:**

- Angiografia
- Angiografia digitale
- Arteriografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Cistografia
- Colonscopia
- Coronarografia
- Ecocardiografia
- Ecocardiogramma
- Ecocolordoppler (doppler, ecodoppler e colordoppler)
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Flebografia
- Mammografia
- Mielografia
- Radionefrogramma
- Risonanza magnetica nucleare
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia a emissione di positroni (PET)
- Urografia

Esami Invasivi:***Apparato genitale maschile***

- Biopsia testicolare bilaterale
- Biopsia testicolare monolaterale

Cardiologia interventistica

- Biopsia endomiocardica destra
- Biopsia endomiocardica sinistra
- Studio elettrofisiologico endocavitario

Chirurgia della mammella

- Posizionamento punto di repere per noduli non palpabili

Chirurgia generale - Collo

- Biopsia prescalenica
- Linfonodi, asportazione chirurgica a scopo diagnostico

Chirurgia generale – Fegato e vie biliari

- Agobiopsia/agoaspirato
- Biopsia epatica (come unico intervento)

Chirurgia generale – Pancreas - Milza

- Agobiopsia/ago aspirato pancreas
- Biopsia (come unico intervento)

Chirurgia generale – Parete addominale

- Puntura esplorativa addominale

Chirurgia generale – Peritoneo

- Laparoscopia esplorativa/diagnostica
- Lavaggio peritoneale diagnostico

Chirurgia generale – Piccoli Interventi

- Agobiopsia/ago aspirato di qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti
- Biopsia come unico atto chirurgico, qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti

Chirurgia generale Toraco – Polmonare

- Agobiopsia pleurica/puntura esplorativa
- Biopsia laterocervicale
- Biopsia sopraclaveare
- Lavaggio pleurico
- Mediastinoscopia diagnostica
- Puntato sternale o midollare
- Puntura esplorativa del polmone
- Toracoscopia
- Tracheo-broncoscopia esplorativa

Gastroenterologia

- Biopsia digiunale sotto scopia con capsula a suzione
- Esofagogastroduodenoscopia esplorativa e/o diagnostica (comprese biopsie) ed eventuale test rapido H. Pylori
- Pancoloscopia diagnostica con fibre ottiche (comprese biopsie)
- Rettosigmoidoscopia diagnostica con fibre ottiche (comprese biopsie)

Ginecologia

- Agobiopsie/ago aspirati parti anatomiche profonde
- Biopsie della portio, vulva, vagina, endometrio
- Colposcopia
- Isteroscopia diagnostica ed eventuali biopsie (come unico esame)
- Puntura esplorativa del cavo del Douglas
- V.A.B.R.A. a scopo diagnostico

Neurochirurgia

- Puntura epidurale
- Puntura sottoccipitale per prelievo liquorale o per introduzione di farmaci o mezzo di contrasto
- Rachicentesi per qualsiasi indicazione
- Registrazione continua della pressione intracranica

Oculistica - Orbita

- Biopsia orbitaria

Ortopedia e Traumatologia – Interventi cruenti

- Agoaspirato osseo
- Artroscopia diagnostica (come unico intervento)
- Biopsia articolare

- Biopsia ossea
- Puntato tibiale o iliaco

Ortopedia e Traumatologia – Tendini-Muscoli-Aponevrosi-Nervi periferici

- Biopsia muscolare

Ostetricia

- Amniocentesi
- Amnioscopia
- Biopsia villi coriali
- Cordocentesi
- Fetoscopia

Otorinolaringoiatria – Naso e Seni Paranasali

- Timpanotomia esplorativa

Otorinolaringoiatria – Laringe e Ipofaringe

- Biopsia in laringoscopia
- Biopsia in microlaringoscopia

Urologia – Endoscopia diagnostica

- Brushing citologico in cistoscopia (come unico intervento)
- Cistoscopia ed eventuale biopsia
- Cimocistoscopia e cateterismo uretrale bilaterale
- Cromocistoscopia e cateterismo uretrale monolaterale
- Cromocistoscopia per valutazione funzionale
- Ureteroscopia (omnicomprensiva)
- Ureterocistoscopia semplice (come unico atto diagnostico)

Urologia – Prostata

- Agoaspirato/Agobiopsia prostata

Urologia – Rene

- Agobiopsia renale percutanea

Vengono inoltre riconosciute le spese sostenute per dialisi

A - 8 Spese per terapie oncologiche extra-ricovero

In caso di terapie extra ricovero relative a malattie oncologiche e/o neoplasiche, Bipiemme Vita S.p.A. sostiene le spese sino a € 50.000,00 (cinquantamila/00) per Assicurato e per anno assicurativo con l'applicazione di uno scoperto del 20% (venti per cento) con il minimo di € 100,00 (cento/00) sul rimborso di ogni prestazione effettuata in strutture sanitarie non convenzionate.

Nel caso in cui le terapie sopraindicate siano effettuate presso una struttura del Sistema Sanitario Nazionale, e la spesa sostenuta ammonti al solo ticket, il rimborso sarà effettuato senza l'applicazione dello scoperto del 20% (venti per cento) e della franchigia.

A - 9 Spese per visite specialistiche extra-ricovero

Bipiemme Vita S.p.A. sostiene le spese per visite specialistiche extra ricovero, ad esclusione delle visite odontoiatriche, sino ad un massimo di € 10.000,00 (diecimila/00) per assicurato e per anno con l'applicazione di:

- uno scoperto del 20% (venti per cento) con il minimo di € 50,00 (cinquanta/00) per visite effettuate in strutture private convenzionate con la società che gestisce i sinistri o presso il Servizio Sanitario Nazionale nel caso in cui il solvente sia l'Assicurato o il Contraente;
- uno scoperto del 30% (trenta per cento) con il minimo di € 60,00 (sessanta/00) per visite effettuate in strutture private non convenzionate con la società che gestisce i sinistri.

A - 10 Spese per prestazioni odontoiatriche

Bipiemme Vita S.p.A. sostiene le spese per prestazioni odontoiatriche (cure dentarie, estrazioni, protesi dentarie, apparecchi ortodontici), sino ad un massimo di € 10.000,00 (diecimila/00) per assicurato e per anno con l'applicazione di:

- uno scoperto del 20% (venti per cento) con un minimo di € 2.000,00 (duemila/00) per prestazioni effettuate in strutture private convenzionate con la società che gestisce i sinistri o presso il Servizio Sanitario Nazionale nel caso in cui il solvente sia l'Assicurato o il Contraente;
- uno scoperto del 35% (trentacinque per cento) con un minimo di € 3.000,00 (tremila/00) per prestazioni effettuate in strutture private non convenzionate con la società che gestisce i sinistri.

Si precisa che l'implantologia, sia su osso mascellare che mandibolare resa necessaria a seguito di infortunio ed effettuata da medico chirurgo, viene considerata intervento chirurgico a tutti gli effetti e pertanto vigono il massimale e la franchigia previsti per questa ipotesi.

SEZIONE III

IMPORTI DI PREMIO

Premio per Assicurato:

| Classi di età | Premio MENSILE Lordo (*) | Premio ANNUO Lordo (*) |
|---------------|------------------------------------|----------------------------------|
| 0-19 | € 131,00 | € 1.500,00 |
| 20-45 | € 210,00 | € 2.400,00 |
| 46-70 | € 262,00 | € 3.000,00 |

TARIFFA SPECIALE NUCLEO FAMILIARE RELATIVA A DOC EXCLUSIVE

B - 1 Tariffa speciale nucleo familiare

Il nucleo familiare composto da genitori e figli conviventi, in cui non più di due membri abbiano un'età superiore ai 29 anni, gode di uno sconto sul premio di tariffa, in base al numero di componenti, comunque mai superiore a otto. **In questo caso, i massimali per anno assicurativo, di Doc EXCLUSIVE sono da intendersi per nucleo familiare.**

In caso di tacito rinnovo, le tariffe speciali valgono per il nucleo indipendentemente dalla condizione relativa all'età.

| (*) TARIFFA SPECIALE PER NUCLEO FAMILIARE | |
|--|-------------------|
| N° Componenti | Sconto del Premio |
| 2 | 5% |
| 3 | 15% |
| 4 | 20% |
| 5-8 | 25% |
| Modalità di accesso alla tariffa speciale | |
| Possono accedere alla tariffa speciale nucleo familiare, genitori e figli purchè conviventi a condizione che non più di due membri abbiano un'età superiore a 29 anni. | |

SEZIONE IV**CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE****Art. 1 Oggetto dell'assicurazione**

Il contratto di seguito descritto è denominato Doc exclusive.

Si tratta di un'assicurazione sanitaria rivolta a chi è titolare o contitolare di un rapporto bancario presso la Banca distributrice, che garantisce il rimborso delle spese mediche sostenute in caso di ricovero dovuto a malattia, infortunio, parto e spese extra ricovero nei limiti e nelle modalità indicate nelle precedenti sezioni "Prestazioni di Doc Exclusive" e "Prestazioni aggiuntive di Doc Exclusive".

Art. 2 Pagamento del premio - Effetto e durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 della data di sottoscrizione della proposta di adesione se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati ovvero, se pagati successivamente, dalle ore 24 del giorno di pagamento.

A seguito dell'analisi del Questionario Anamnestico, che costituisce parte integrante della proposta di adesione, Bipiemme Vita S.p.A. comunica al Contraente:

- a) di aver accettato la proposta di adesione;
- b) di aver accettato la proposta di adesione limitatamente ad alcuni assicurati;
- c) di non aver accettato la proposta di adesione.

Nel caso c), la garanzia cessa dal momento della comunicazione.

Entro trenta giorni dalla data di tale comunicazione, Bipiemme Vita S.p.A. restituirà, al Contraente, il premio corrisposto.

Fermo quanto sopra previsto, la garanzia decorre dopo che siano trascorsi i termini di aspettativa stabiliti al successivo art. 3.

L'assicurazione ha la durata di un anno, ma si rinnova tacitamente di anno in anno ai sensi dell'art. 15.

In caso di ricovero iniziato prima della disdetta della polizza, disciplinata all'art. 15, e protrattosi ininterrottamente fin oltre tale momento, la Società Assicuratrice riconosce il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato nel periodo successivo alla cessazione dell'assicurazione e fino alla data della dimissione dall'istituto di cura nonché di quelle eventualmente previste a termini di polizza nei giorni successivi.

Il contratto non prevede la facoltà di recesso dall'assicurazione a seguito di sinistro.

Art. 3 Decorrenza della garanzia – termini di aspettativa

La garanzia decorre:

- a) per gli infortuni:
 - dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;
- b) per l'aborto terapeutico:
 - dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- c) per le malattie e per le conseguenze di stati patologici non ancora manifestati e non noti all'Assicurato al momento della sottoscrizione della proposta di adesione:
 - dal 60° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- d) per le conseguenze di stati patologici noti al Contraente e/o all'Assicurato, ovvero sottoposti ad accertamenti, ovvero curati anteriormente alla stipulazione del contratto, purché dichiarati alla società assicuratrice all'atto stesso della sottoscrizione della proposta di adesione ed accettati da Bipiemme Vita S.p.A.:
 - dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- e) per il parto:
 - dal 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;

Qualora la polizza sostituisca altra polizza malattia emessa da Bipiemme Vita S.p.A., riguardante lo stesso Assicurato e per la cui adesione sia previsto il Questionario Anamnestico, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dalle ore 24 del giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dalle ore 24 del giorno in cui ha effetto la presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

Art. 4 Classi di premio

Il premio è determinato, per ogni Assicurato, in base alla fascia di età di appartenenza ed al frazionamento prescelto.

Art. 5 Periodicità del premio

La periodicità di pagamento del premio è annuale o mensile ed in via anticipata. Ciascuna rata di premio è prelevata direttamente dal conto corrente o dal libretto nominativo di risparmio che il Contraente intrattiene con l'istituto di Credito collocatore.

I premi mensili sono dovuti per l'intero anno di copertura.

Art. 6 Variazione del premio

Fermo restando quanto indicato al precedente art. 4, il Contraente si impegna a pagare il premio corrispondente alla nuova fascia di età di appartenenza a partire dalla prima scadenza annuale del periodo di assicurazione durante il quale l'Assicurato raggiunge la soglia della successiva fascia di età di appartenenza.

La Società assicuratrice, con cadenza triennale, ha facoltà di variare l'entità del premio, fatte salve le modifiche dipendenti dall'età dell'Assicurato/i e ferme restando le condizioni previste dalla polizza.

L'eventuale incremento del premio sarà proporzionale all'aumento dei costi sanitari rilevati da apposito Indice ISTAT: "Servizi sanitari e spese per la salute".

Le rilevazioni della variazione dell'Indice ISTAT considerato saranno effettuate con cadenza triennale. L'eventuale aumento sarà determinato sulla base della variazione percentuale dell'indice, rilevato nei mesi di giugno dell'ultimo e del primo anno del triennio esaminato.

I trienni considerati per valutare la variazione dell'Indice ISTAT "Servizi sanitari e spese per la salute", saranno i seguenti: giugno 2009 - giugno 2012; giugno 2012 - giugno 2015; e così via.

L'aumento dei premi sarà pari, al massimo, al 70% dell'incremento registrato dal parametro ISTAT valutato nel periodo. Il coefficiente di aumento così rilevato, potrà essere applicato sino alla rilevazione relativa al successivo triennio.

Qualora l'incremento ecceda il 10% del premio applicato nel periodo precedente, la Società si obbliga a comunicare al Contraente l'entità dell'incremento almeno 90 giorni prima della scadenza contrattuale.

Art. 7 Mancato pagamento del premio

In caso di mancato pagamento del primo premio o della prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente corrisponde quanto pattuito. In caso di mancato pagamento, alle scadenze convenute, dei premi o delle rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. In entrambi i casi di cui sopra il contratto è risolto di diritto dopo sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata di premio sono scaduti.

Non è indennizzabile il sinistro che eventualmente si verifichi nel periodo di sospensione delle garanzie assicurative.

In caso di estinzione del rapporto bancario intrattenuto dal Contraente presso la Banca distributrice della polizza, la copertura assicurativa cessa automaticamente al termine dell'annualità, senza necessità di esplicita disdetta. Nel caso di pagamento frazionato, è data facoltà al Contraente, mediante richiesta scritta alla Società assicuratrice, di far proseguire la copertura fino alla prima scadenza annuale successiva alla chiusura del conto corrente, mediante pagamento del premio residuo al completamento dell'annualità, in un'unica soluzione. Da tale scadenza il contratto dovrà intendersi comunque risolto.

Art. 8 Modifiche del contratto

Le eventuali modifiche del contratto devono essere comunicate per iscritto almeno 30 giorni prima della ricorrenza annuale.

Art. 9 Variazione degli assicurati

E' possibile variare il numero degli assicurati. La modifica prende effetto dalla prima ricorrenza annuale e comporta un adeguamento del premio da corrispondere.

Art. 10 Persone assicurate

L'assicurazione vale per le persone nominativamente indicate nella proposta di adesione, per un massimo di otto Assicurati, a condizione che:

- le persone assicurate siano solo il Contraente; il Contraente più i suoi familiari conviventi oppure i familiari conviventi del Contraente stesso qualora quest'ultimo non sia assicurato;
- l'Assicurato non abbia un'età superiore a sessantacinque anni e sei mesi.

Art. 11 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone che al momento della sottoscrizione della proposta di adesione hanno un'età superiore a 65 anni e sei mesi. Non sono altresì assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate, schizofrenia, psicosi in genere o da infermità cerebrali. La garanzia cessa contestualmente al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della società assicuratrice di corrispondere l'indennizzo.

Art. 12 Rischi esclusi dall'assicurazione

Sono esclusi dall'assicurazione i ricoveri per:

- a) controlli di routine e/o check up;
- b) malattie preesistenti alla data di effetto della polizza salvo che l'Assicurato non ne fosse a conoscenza o salvo che l'Assicurato ne abbia dichiarata l'esistenza nel questionario e che la società assicuratrice abbia accettato di coprire il rischio;
- c) malattie, stati patologici e anomalie congenite, difetti fisici o conseguenze di infortuni occorsi prima della data di effetto dell'assicurazione;
- d) malattie e infortuni e loro conseguenze dovuti a tentato suicidio e autolesionismo, forme maniaco depressive, ivi compresi comportamenti nevrotici, atti dolosi commessi o tentati, abuso di alcolici e psicofarmaci, droghe, allucinogeni e stupefacenti;
- e) conseguenze dirette od indirette di trasformazioni energetiche dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc) salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili ai sensi della presente polizza;
- f) conseguenze di terremoti, alluvioni, eruzioni vulcaniche, altre calamità naturali, conseguenze di guerra, insurrezioni ed operazioni militari;
- g) stati patologici correlati all'infezione di HIV;
- h) applicazioni o chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio, malattia o da interventi demolitivi;
- i) terapie omeopatiche e fitopatiche, medicina alternativa, terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale o comunque di natura sperimentale;
- j) terapie della fecondità, della sterilità e/o dell'impotenza;
- k) aborto volontario e conseguenze che ne possono derivare;
- l) degenze presso strutture non autorizzate od onorari di medici non autorizzati ad esercitare la professione;
- m) infortuni subiti in seguito alla partecipazione dell'Assicurato a qualsiasi gara di velocità, alla pratica di sport subacquei e aerei;
- n) trattamenti psicoterapici, se non a seguito di infortunio;
- o) conseguenze di malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- p) soggiorno presso ospizi od altre strutture per persone anziane; ricoveri dovuti alla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana ed i ricoveri non necessari da un punto di vista medico;
- q) chirurgia refrattiva e trattamenti con laser eccimeri a meno che vengano effettuati in caso di anisometropia superiore a tre diottrie.

Art. 13 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione del Contratto di assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione di altra polizza, il Contraente e l'Assicurato sono tenuti a portare a conoscenza di Bipiemme Vita S.p.A., all'atto di sottoscrizione nella nuova proposta, ogni eventuale variazione del proprio stato di salute che possa comportare aggravamento del rischio assicurato.

Art. 14 Altre assicurazioni

Il Contraente e/o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla società assicuratrice l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 15 Tacita proroga del contratto

In mancanza di disdetta inviata per iscritto dal Contraente almeno 30 giorni prima della scadenza o da Bipiemme Vita S.p.A. almeno 60 giorni prima della scadenza, il contratto è tacitamente prorogato per un anno e così successivamente di anno in anno.

Tuttavia, l'assicurazione non potrà essere successivamente rinnovata:

- per l'Assicurato che raggiunga il 70° anno di età nel periodo di vigenza del contratto;
- in caso di estinzione del rapporto bancario intrattenuto dal Contraente presso la Banca distributrice del contratto.

Art. 16 Denuncia del ricovero e obblighi dell'Assicurato

In caso di ricovero, l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Società che gestisce i sinistri secondo le modalità operative indicate nella documentazione che viene inviata a seguito dell'accettazione della proposta da parte di Bipiemme Vita S.p.A..

Art. 17 Criteri di liquidazione e modalità di rimborso

Bipiemme Vita S.p.A. – fermo quanto previsto dall'art. 1910 del Codice Civile – corrisponde il rimborso a cura ultimata, su presentazione della cartella clinica, degli originali delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente valide e debitamente quietanzate, tramite accredito sul rapporto bancario intrattenuto dal Contraente entro venticinque giorni lavorativi dal ricevimento di tutta la documentazione.

Bipiemme Vita S.p.A. restituisce all'Assicurato i predetti originali appositamente vistati.

Nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso delle spese sostenute anche agli organi pubblici competenti, avvalendosi della legislazione nazionale o regionale, Bipiemme Vita S.p.A. corrisponde la differenza fra le spese realmente sostenute e la parte rimborsata dagli organi stessi.

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

Assistenza Diretta

Bipiemme Vita S.p.A. effettua il pagamento diretto alla struttura sanitaria delle prestazioni erogate all'Assicurato a termine di polizza, a condizione che:

- l'Istituto di Cura appartenga alla struttura sanitaria convenzionata con la società che gestisce i sinistri;
- l'Assicurato abbia richiesto alla società che gestisce i sinistri l'autorizzazione alla procedura di assistenza diretta nei tempi e modalità previsti.

In ogni caso rimarranno a carico dell'Assicurato:

- le prestazioni espressamente escluse nelle condizioni di polizza;
- tutte le prestazioni non contemplate nelle coperture previste dalla polizza ed ogni altra spesa non compresa nella fattura dell'Istituto di cura e/o medico;
- gli importi eccedenti gli eventuali massimali/limiti annui globali o per evento;
- gli importi relativi alle franchigie e/o scoperti.

In regime di assistenza diretta restano comunque a carico dell'Assicurato le fatture relative a prestazioni rese da medici non convenzionati con la società che gestisce i sinistri; l'Assicurato potrà chiedere il rimborso delle stesse direttamente alla società che gestisce i sinistri.

Art. 18 Validità territoriale dell'assicurazione

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 19 Controversie – Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sulla misura delle indennità, fermo il diritto dell'Assicurato di adire le vie giudiziarie, le Parti possono demandare per iscritto la decisione ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Qualora la richiesta di convocazione del Collegio Medico sia fatta dall'Assicurato, Bipiemme Vita S.p.A. si impegna ad aderirvi.

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.

Art. 20 Legislazione applicabile

Il presente contratto di assicurazione è regolato dalla legge italiana.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS. 30.06.2003 N. 196

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 (di seguito denominato "Codice"), ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento è diretto all'espletamento da parte di Bipiemme Vita S.p.A. delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente l'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui Bipiemme Vita S.p.A. è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- a) è realizzato per mezzo di operazioni o complesso di operazioni effettuate anche senza l'ausilio di strumenti elettronici;
- b) è svolto direttamente da Bipiemme Vita S.p.A., tramite propri dipendenti e collaboratori a ciò formalmente incaricati, nonché da soggetti esterni alla stessa Bipiemme Vita S.p.A. facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento nonché da società di servizi, in qualità di titolari autonomi e/o responsabili (cfr. successivo punto 9) del trattamento.

3. CONFERIMENTO DEI DATI

Per quanto concerne l'attività svolta da Bipiemme Vita S.p.A., il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario Centrale Infortuni);
- b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri.

4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto dell'interessato di conferire i dati personali comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare sinistri.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati – per le finalità di cui al punto 1 e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge – agli altri soggetti del settore assicurativo, quali: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; canali di distribuzione e acquisizione dei contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali e periti; società di servizi a cui siano affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici, postali o di archiviazione; società incaricate della revisione contabile del bilancio; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero dell'Economia e delle Finanze, COVIP, altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, l'Unità di Informazione Finanziaria presso la Banca d'Italia, Casellario Centrale Infortuni).

Inoltre i dati personali possono essere comunicati a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), anche a fini di antiriciclaggio, con particolare riferimento ai dati relativi alle segnalazioni di operazioni considerate sospette ai sensi della vigente normativa.

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti verso paesi dell'Unione Europea e verso paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 7 del Codice conferisce all'interessato alcuni specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile; di ottenere l'indicazione dell'origine dei dati, nonché della logica applicata in caso di trattamento effettuato con strumenti elettronici; di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi ha interesse, l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

9. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è Bipiemme Vita S.p.A.

Responsabile del trattamento è il direttore generale pro tempore di Bipiemme Vita S.p.A. L'elenco degli altri soggetti responsabili o incaricati a svolgere il trattamento dei dati (cfr. punto 2, lett. b) può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente facendone richiesta a Bipiemme Vita S.p.A.

– Via del Lauro, 1 – 20121 Milano.

POLIZZA MALATTIA

PROPOSTA DI ADESIONE N. /

CONTRAENTE:

Sig. :

nato a :

residenza:

recapito:

documento:

C.F. :

.il :

ASSICURATO : Sig.

DECORRENZA: h. 24 del

DURATA:

IMPORTO PREMIO:

DATA DI SOTTOSCRIZIONE:

Si applicano alla polizza le condizioni contrattuali riportate
nel modello nr.

AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO

In relazione alla compilazione del questionario sanitario, l'Assicurato deve tenere in considerazione che:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.

Il versamento del premio è effettuato mediante addebito sul rapporto bancario intrattenuto dal sottoscrittore con la Banca distributrice. L'addebito del premio è previsto alla data di decorrenza del contratto sopra indicata con valuta alla medesima data.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario ed il Modulo di Proposta.

Firma del Contraente

Il Contraente dichiara di aver compreso ed accettato le Condizioni di Assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo e, con il consenso dell'Assicurato (se persona diversa), di voler stipulare il presente contratto di assicurazione, autorizzando l'addebito del premio sul proprio conto corrente.

Firma del Contraente

Ai sensi dell'art. 1341 C.C., il Contraente dichiara di approvare specificatamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione di cui ha preso conoscenza: "Variazione del premio", "Persone assicurate", "Persone non assicurabili", "Rischi esclusi dall'Assicurazione", "Tacita proroga del contratto", "Controversie - arbitrato irrituale" e di aver consegnato il questionario anamnestico relativo ad ogni assicurato.

Firma del Contraente

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Contraente dichiara di aver preso conoscenza dell'informativa ai sensi dell'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs N. 196/2003) e di acconsentire al trattamento, alla comunicazione e al trasferimento dei propri dati, compresi quelli riguardanti lo stato di salute, per le finalità e con le modalità riportate nell'Informativa medesima.

Firma del Contraente

Il sottoscritto incaricato della Banca attesta l'autenticità delle firme apposte sul presente modulo e la corretta identificazione del Contraente.

Firma dell'Incaricato

Firma di matricola Incaricato



Bipiemme Vita S.p.A.
Sede Sociale
Milano 20121 Via del Lauro 1
Tel. (+39) 02/77002405
Fax. (+39) 02.77005107
www.bipiemmevita.it

Capitale Sociale € 211.340.000,00 int. vers.
Codice Fiscale, Partita IVA e numero
di iscrizione al Registro delle
Imprese di Milano 10769290155
REA n. 1403170

Iscritta all'Albo Imprese presso l'Isvap al numero 1.00116 Impresa
autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 17/3/94 e
con Provvedimenti ISVAP n. 1208 del 7/7/99 e n. 2023 del 24/1/02
Capogruppo del Gruppo assicurativo Bipiemme Vita Iscritto all'albo
dei Gruppi Assicurativi al n. 045
Direzione e coordinamento: Covéa Société de Groupe d'Assurance
Mutuelle

