

VERA 300

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LE MALATTIE ONCOLOGICHE

Il presente set informativo contiene:

- documento informativo precontrattuale (DIP)
- documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo)
- condizioni di assicurazione comprensive di glossario
- informativa privacy

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

Assicurazione Malattia - Spese sanitarie ricovero ed extra ricovero a seguito di Cancro

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Società: Società Vera Assicurazioni

Prodotto: "Vera300"

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

Che tipo di assicurazione è?

È una polizza, riservata ai clienti del Banco BPM S.p.A., che garantisce le spese sanitarie a seguito di Cancro istologicamente diagnosticato durante il periodo di copertura.



Che cosa è assicurato?

La polizza prevede la copertura assicurativa delle seguenti spese, rese necessarie a seguito di Cancro istologicamente diagnosticato durante il periodo di validità della polizza:

Pacchetto Base (sempre operante)

- ✓ Diagnostica da indagine;
- ✓ Spese di ricovero ed extra ricovero;
- ✓ Chirurgia ricostruttiva a seguito di "Cancro";
- ✓ Spese di monitoraggio.

Pacchetto Care (sempre operante)

- ✓ Indennità giornaliera per Unità di Terapia Intensiva;
- ✓ Indennità giornaliera per Ricovero oltre i 30 giorni;
- ✓ Prestazioni di agopuntura o Omeopatia;
- ✓ Trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- ✓ Consulenza nutrizionale;
- ✓ Consulenza psicologica.

Rimborso forfettario spese funerarie (operante esclusivamente per Assicurati di età superiore ai 18 anni compiuti) pari a Euro 10.000,00 per ogni Assicurato.

Il Pacchetto Base prevede un massimale unico di Euro 300.000,00 per singolo Assicurato indipendentemente dal numero di diagnosi di "Cancro" ricevute durante tutta la durata contrattuale. Il massimale è unico e non viene reintegrato alla ricorrenza annuale della polizza.

Il Pacchetto Care prevede limiti di indennizzo diversi a seconda della garanzia, operanti per persona assicurata e per anno.



Che cosa non è assicurato?

La persona affetta da:

- ✗ Alcolismo;
- ✗ Tossicodipendenza;
- ✗ Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- ✗ Sieropositività da HIV.

La persona:

- ✗ Non appartenente al nucleo familiare del Contraente;
- ✗ Non residente nel territorio della Repubblica Italiana;
- ✗ Di età inferiore a un anno e superiore a 65 anni, al momento della sottoscrizione del contratto;
- ✗ Di età inferiore a 18 anni per la garanzia "Rimborso forfettario spese funerarie";
- ✗ Che svolga una delle seguenti professioni: collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi; cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.



Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dall'Assicurazione:

- ! I tumori diagnosticati come benigni (da analisi istologica), lesioni precancerose, displasie;
- ! I tumori in presenza di qualsiasi virus di immunodeficienza (HIV);
- ! Le lesioni anomale della cervice uterina classificate come neoplasie cervicali intra-epiteliali CIN I, CIN II;
- ! Tutti i tumori della pelle non classificati come melanoma maligno;
- ! Tutti gli stati patologici/malattie diversi da quanto indicato alla definizione "Cancro";
- ! Le spese sostenute e rese necessarie da infortunio occorsi prima o dopo la data di sottoscrizione della polizza nonché le loro complicanze e conseguenze dirette e indirette, nonché i relativi postumi;
- ! Le prestazioni successive alla data di scadenza o di anticipata cessazione della polizza, anche se il "Cancro" si è manifestato durante il periodo di validità;
- ! Le spese effettuate per prestazioni di routine e/o controllo, check-up inclusi i vaccini;
- ! Le prestazioni mediche e chirurgiche, gli accertamenti diagnostici eseguiti a scopo preventivo o per familiarità;
- ! Tutti i test genetici a scopo predittivo (fatta eccezione se finalizzati alla definizione del miglior trattamento farmacologico per la cura del Cancro istologicamente diagnostica nel periodo di copertura);
- ! Le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi "Cancro", le spese sostenute presso le strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari dei Medici non iscritti al relativo Albo professionale;
- ! Gli infortuni causati da pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;
- ! Gli infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
- ! Le malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione è valida per prestazioni effettuate in Europa con medicinali approvati da EMA.



Che obblighi ho?

- All'inizio del contratto:
Per tutte le garanzie assicurative prescelte deve essere compilato e sottoscritto un Questionario medico da parte di ogni Assicurato, con la descrizione del proprio stato di salute. Tale Questionario fa parte integrante della polizza.
L'Assicurato ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute, e di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni per lo stesso rischio.
- Nel corso della durata del contratto:
L'Assicurato deve comunicare i cambiamenti che comportino un aggravamento o una diminuzione del rischio assicurato.
- In caso di sinistro l'Assicurato:
 - Forma Diretta:
 - L'Assicurato dovrà richiedere autorizzazione alla Centrale Operativa con un preavviso di 5 giorni lavorativi, inviando la documentazione sanitaria a mezzo fax o all'indirizzo mail che verranno comunicati dalla Centrale Operativa stessa;
 - Forma Indiretta:
 - L'Assicurato deve darne avviso scritto alla Struttura Operativa quando ne ha avuto conoscenza e, comunque non oltre il 30esimo giorno dal momento in cui ne ha avuto possibilità;
 - L'Assicurato deve fornire la documentazione medica richiesta entro e non oltre 4 mesi dalla data di scadenza della polizza, con evidenza della propria anamnesi patologica remota e prossima e della data di insorgenza e di inizio indagini che hanno portato alla diagnosi di "Cancro";
 - L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da incaricati dell'Impresa di Assicurazione, producendo ogni documentazione sanitaria richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visita e gli enti presso cui è stato in cura.



Quando e come devo pagare?

Il pagamento del premio avviene con periodicità annuale. Il pagamento del premio deve essere effettuato con procedura di addebito in conto corrente intestato al Contraente presso la Banca, a favore dell'Impresa di Assicurazione.

Il frazionamento del premio annuo può essere in rate mensili su richiesta del Contraente, senza oneri aggiuntivi.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza se il premio, o la prima rata di premio, sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.

In mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno. In occasione di ogni scadenza annuale, il premio di rinnovo potrà essere modificato dall'Impresa di Assicurazione, ferme le Condizioni di Assicurazione, fatta salva la facoltà di disdetta.

Qualora il massimale unico previsto per il Pacchetto Base si esaurisse per uno degli Assicurati nel corso della durata contrattuale, la copertura per questo Assicurato cesserà automaticamente alla prima scadenza annuale.

Per le persone assicurate che raggiungano il compimento dell'80esimo anno di età nel corso del contratto, l'assicurazione cessa automaticamente alla prima scadenza annuale della polizza.

Se il Contraente non paga una singola rata, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo la scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.



Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può disdire la polizza mediante comunicazione, a mezzo lettera raccomandata, almeno 15 giorni prima della scadenza del contratto; è data altresì facoltà al Contraente di procedere alla disdetta del contratto recandosi presso la Banca fino a 5 giorni prima della scadenza annuale.

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

Assicurazione Malattia

Spese sanitarie ricovero ed extra ricovero a seguito di Cancro

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Vera Assicurazioni S.p.A.

VERA  Assicurazioni

Prodotto: "Vera300"

Data di aggiornamento: 01/07/2021 - Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

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

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

Dati Societari

La Vera Assicurazioni S.p.A ha sede legale e sede sociale in Italia, via Carlo Ederle n° 45 - 37126 Verona -Tel.: + 39 045 8391111 - sito internet: www.veraassicurazioni.it - PEC: veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: info@veraassicurazioni.it
- per informazioni relative alle liquidazioni: sinistri@veraassicurazioni.it

Autorizzazione all'esercizio dell'impresa

La Società è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 9/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151.

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 90 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 63,5 milioni di euro - il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 14,7 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 74,8 milioni di euro (a);
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 18,7 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 228 milioni di euro (b)
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 228 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 3,05 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) (b/a).

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: www.veraassicurazioni.it

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, l'Impresa di Assicurazione si obbliga a indennizzare l'Assicurato per le seguenti spese:

Pacchetto Base:

- ✓ Diagnostica da indagine, vengono riconosciuti tutti gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche che abbiano istologicamente diagnosticato all'Assicurato l'insorgenza di un "Cancro";
- ✓ Spese di ricovero ed extra ricovero, vengono riconosciute le spese da "Cancro" per:
Ricovero con/senza intervento, day hospital con/senza intervento, intervento chirurgico ambulatoriale
 - Indennità sostitutiva;
 - Accompagnatore;

- Trasporto sanitario;
 - Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie oncologiche per "Cancro";
- ✓ Chirurgia ricostruttiva a seguito di "Cancro", vengono riconosciute le spese a seguito di intervento di chirurgia plastica ricostruttiva reso necessario da "Cancro";
- ✓ Spese di monitoraggio, vengono riconosciute le spese sostenute per gli accertamenti resi necessari per il monitoraggio della condizione oncologica ("Cancro").

Pacchetto Care:

- ✓ Indennità giornaliera per Unità di Terapia Intensiva, l'Impresa di Assicurazione garantisce un'indennità giornaliera per ogni notte trascorsa in Unità di Terapia Intensiva reso necessario da "Cancro" per un massimo di 15 giorni per anno;
- ✓ Indennità giornaliera per Ricovero oltre i 30 giorni, l'Impresa di Assicurazione garantisce un'indennità giornaliera a seguito di ricovero reso necessario da "Cancro" per un massimo di 60 giorni per anno. L'indennità verrà corrisposta dal 31esimo giorno di ricovero continuativo;
- ✓ Prestazioni di agopuntura e Omeopatia, l'Impresa di Assicurazione riconosce le spese necessarie da "Cancro" per le seguenti prestazioni:
- Agopuntura (incl. Agopuntura con moxa revulsivante)
 - Visita medica di MAC;
 - sedute di agopuntura;
 - sedute di moxibustione;
 - Omeopatia, omotossicologia
 - Visita medica di MAC;
- ✓ Trattamenti fisioterapici e riabilitativi, l'Impresa di Assicurazione riconosce le spese necessarie da "Cancro" per i trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- ✓ Consulenza nutrizionale, l'Impresa di Assicurazione riconosce le spese necessarie da "Cancro" per la consulenza psicologica.

Rimborso forfettario spese funerarie:

- ✓ In caso di morte dell'Assicurato, al quale era stato diagnosticato un "Cancro", l'Impresa di Assicurazione riconosce agli eredi legittimi o testamentari un rimborso forfettario per le spese funerarie indipendentemente dalla causa del decesso. La garanzia è operante per Assicurati di età uguale o superiore ai 18 anni.

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il contraente.

I massimali/limiti di indennizzo indicati si intendono per singolo assicurato e per tutta la durata contrattuale.

Pacchetto Base:

Massimale UNICO di cui ai punti 1-2-3-4	€ 300.000,00
1. Diagnostica da indagine Accertamenti diagnostici (inclusi quelli di Alta Diagnostica e le analisi di laboratorio), visite specialistiche che abbiano istologicamente accertato l'insorgenza di un "Cancro"	-
2. Spese Ricovero ed Extra-Ricovero A) Ricovero con/senza intervento, Day Hospital con/senza intervento chirurgico ambulatoriale B) Indennità sostitutiva (in alternativa al punto A, qualora le prestazioni siano a carico del SSN) C) Accompagnatore D) Trasporto sanitario E) Accertamenti diagnostici (inclusi quelli di Alta Diagnostica e le analisi di laboratorio, visite specialistiche e terapie oncologiche per "Cancro")	A) - B) € 300,00 al giorno per un massimo di 360 giorni C) € 100,00 al giorno per un massimo di 30 giorni D) € 2.000,00 E)
3. Chirurgia ricostruttiva a seguito di "Cancro"	vengono riconosciute le prestazioni come al punto 2.
4. Spese di monitoraggio	-

5. Pacchetto Care

A) Indennità giornaliera per Unità di Terapia Intensiva	€ 200,00 al giorno massimo 15 giorni garanzia cumulabile all'indennità giornaliera per "ricoveri oltre i 30 giorni" di cui al punto B del presente pacchetto ed in aggiunta a quanto previsto al punto 2 lettera A e B
B) Indennità giornaliera per Ricovero oltre i 30 giorni	€ 100 al giorno a partire dal 31° giorno, massimo 60 giorni garanzia cumulabile all'indennità giornaliera per "Unità di Terapia Intensiva" di cui al punto A del presente pacchetto ed in aggiunta a quanto previsto al punto 2 lettera A e B

C) Prestazioni di Agopuntura e Omeopatia	€ 100,00 a visita o prestazione, massimo 10 visite o prestazioni
D) Trattamenti fisioterapici e riabilitativi	€ 100,00 a visita o prestazione, massimo 20 visite o prestazioni
E) Consulenza nutrizionale	€ 100,00 a consulenza, massimo 20 consulenze
F) Consulenza psicologica	€ 100,00 a consulenza, massimo 10 consulenze

6. Rimborso forfettario spese funerarie:

Spese funerarie	€ 10.000,00
------------------------	--------------------

**Che cosa NON è assicurato?****Rischi esclusi**

Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

**Ci sono limiti di copertura?****Esclusioni**

Sono esclusi dall'Assicurazione, oltre a quanto indicato nel DIP Danni:

- ! Le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento inclusa la degenza presso gli Hospice;
- ! I ricoveri e Day Hospital per accertamenti o trattamenti, anche chirurgici, gli interventi chirurgici ambulatoriali, gli accertamenti diagnostici, le visite di medicina generale e di pediatra di routine, le visite specialistiche e le prestazioni sanitarie non rese necessarie dal punto di vista medico e non resi necessari da "Cancro", istologicamente diagnosticato durante il periodo di copertura della polizza;
- ! Le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Chirurghi, ad eccezione di quelle infermieristiche, quelle fisioterapiche, le consulenze nutrizionali e psicologiche effettuate da studio professionale regolarmente autorizzato; sono comunque escluse tutte le prestazioni fisioterapiche finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medica estetica;
- ! I trattamenti medici o chirurgici o l'assunzione di terapie farmacologiche sperimentali;
- ! Le prestazioni determinate da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate, nonché da malattie sessualmente trasmesse;
- ! Le prestazioni e le terapie determinate da virus "Ebola";
- ! Le prestazioni e terapie riconducibili alla medicina complementare o alternativa;
- ! Gli infortuni, le malattie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di alcool o psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- ! Le malattie e gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose o comunque compiute o tentate dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, nonché le imprese temerarie, incluso il suicidio;
- ! Gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche; conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.) o esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato per terapie mediche finalizzate alla cura del "Cancro", istologicamente diagnosticato durante il periodo di copertura;
- ! Le conseguenze di guerra o guerra civile, dichiarata e non, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale; l'esclusione non opera se viene presentata documentazione idonea a dimostrare che non vi è nesso causale tra lo stato di guerra ed il sinistro;
- ! Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
- ! Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
- ! Le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo quando l'Assicurato ne sia stato parte attiva;
- ! Le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- ! Ogni prestazione medica, chirurgica o applicazione di carattere estetico a titolo esemplificativo ma non esaustivo: cure dimagranti, dietetiche, liposuzione, sclerosanti o ogni altro trattamento avente finalità estetica;

- ! I trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati:
 - A scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi per "Cancro" istologicamente diagnosticato durante il periodo di copertura;
- ! I trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche nonché gli esaurimenti nervosi;
- ! L'interruzione volontaria (non terapeutica) della gravidanza;
- ! Le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate;
- ! Le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
- ! I ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinico (ricoveri impropri).

Franchigie e scoperti

Pacchetto Base:

GARANZIE	FRANCHIGIE e SCOPERTI
1. Diagnostica da indagine	Forma diretta - non attivabile Forma indiretta - scoperto 10% Ticket - no scoperto e/o franchigia
2. Spese Ricovero ed Extra-Ricovero: - Ricovero con/senza intervento, Day Hospital con/senza intervento chirurgico ambulatoriale - Accertamenti diagnostici	Forma diretta - no scoperto e/o franchigia Forma indiretta - scoperto 10% Ticket: no scoperto e/o franchigia
3. Chirurgia ricostruttiva a seguito di "Cancro"	Forma diretta - no scoperto e/o franchigia Forma indiretta - scoperto 10% Ticket: no scoperto e/o franchigia
4. Spese di monitoraggio	Forma diretta - no scoperto e/o franchigia Forma indiretta - scoperto 10% Ticket: no scoperto e/o franchigia

5. Pacchetto Care:

Non sono previste franchigie e scoperti.

6. Rimborso forfettario spese funerarie:

Non sono previste franchigie e scoperti.

Rinuncia alla rivalsa

L'Impresa di Assicurazione rinuncia al diritto all'azione di surroga di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili, solo se tra i terzi responsabili vi è il Contraente, l'Assicurato o un componente appartenente al nucleo familiare dell'Assicurato.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
	Assistenza diretta / in convenzione: Sono previste delle strutture sanitarie e medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) cui l'Assicurato può avvalersi per le garanzie previste secondo le seguenti modalità: - Telefonare ai seguenti numeri: 800 185 445 dall'Italia e +39 02 24 128 759 dall'estero operativo dal lunedì al venerdì dalle 8,00 alle 18,00 e sabato dalle 8,00 alle 12,00. L'elenco delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) è disponibile sito https://salutevera.gruppocattolica.it alla voce "networks", ove viene aggiornato in tempo reale. L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è inoltre pubblicato sul sito www.veraassicurazioni.it alla Sezione Prodotti - Persona, all'interno dell'apposito spazio dedicato al presente Prodotto Salute Advance.
	Gestione da parte di altre imprese: Per la gestione e la liquidazione dei sinistri l'Impresa di Assicurazioni si avvale della Struttura Operativa: IMA Servizi - Piazza Indro Montanelli, 20 - 20099, Sesto San Giovanni (MI).
	Prescrizione Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze, mentre gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Il contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Società le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.</p> <p>In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Società non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Società stessa.</p> <p>A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Di impugnare il contratto per domandarne l'annullamento dichiarando al Contraente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; - Di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato; - Di trattenere il premio. <p>B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO NON HA AGITO CON O COLPA GRAVE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi al Contraente, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; - Di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione; - Di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa da quella di cui al punto precedente. <p>In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione, il Contraente e gli Assicurati sono tenuti - quest'ultimi anche tramite la Contraente - a dare tempestiva comunicazione di tale variazione alla Società, comprensiva del domicilio in caso di trasferimento all'estero.</p>
Obblighi dell'impresa	<p>Forma indiretta:</p> <p>La Struttura Operativa valuterà la documentazione del sinistro e se indennizzabile, rimborsa le prestazioni effettuate al netto degli scoperti ed entro i limiti e i massimali di polizza entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	<ul style="list-style-type: none"> • Qualora, nel periodo di carenza, l'Assicurato abbia effettuato accertamenti diagnostici o indagini che abbiano portato ad una diagnosi di "Cancro" istologicamente accertato, il contratto si dovrà intendere inoperante. Pertanto, l'Impresa di Assicurazione rimborserà all'Assicurato il premio versato al netto delle imposte; • L'Impresa di Assicurazione si obbliga alla restituzione al Contraente di eventuali premi o ratei di premio corrisposti in occasione del rinnovo annuale relativamente a uno degli Assicurati, nell'unico caso in cui il massimale unico previsto per il "Pacchetto Base" per lo stesso Assicurato venga esaurito e la polizza sia pervenuta alla scadenza annuale prima che il processo di valutazione della documentazione liquidativa relativa al sinistro che abbia causato l'esaurimento di tale massimale presentata in corso d'anno sia stato concluso. In questi casi, a fronte della restituzione del premio corrisposto rispetto all'annualità in corso, la copertura assicurativa relativa a tale Assicurato cesserà.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>Carenza:</p> <p>L'Assicurazione decorre per ciascun Assicurato dalle ore 24:00 del 180° giorno successivo in cui ha effetto l'assicurazione.</p> <p>In caso di sospensione della polizza a causa di un mancato pagamento del premio e di ripresa della stessa dopo i 30 giorni, verrà applicata la carenza di 90 giorni purché il pagamento avvenga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In caso di frazionamento annuale, entro 180 giorni dalla data di scadenza della rata di premio non pagata; • In caso di frazionamento mensile, entro 180 giorni dalla prima rata di premio non pagata ed entro la data di scadenza annuale.
---------------	---

Sospensione	Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
--------------------	---



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non previsto.
Risoluzione	Non previsto.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato a clienti Banco BPM che siano persone fisiche fino a 65 anni di età alla sottoscrizione (80 a scadenza) con l'esigenza di assicurare sé stesse o il proprio nucleo familiare (compresi i minori se assicurato almeno un genitore) in caso di diagnosi di neoplasia maligna, nei seguenti ambiti:

1. Garanzie ospedaliere (es interventi chirurgici, terapie oncologiche) - pacchetto BASE;
2. Garanzie extra ospedaliere (es. visite specialistiche, accertamenti diagnostici) - pacchetto BASE;
3. Servizi vari di assistenza sanitaria - pacchetto CARE;
4. Rimborso spese funerarie - prestazione destinata solo a clienti maggiorenni.

Nel rispetto dei limiti assuntivi descritti nell'informativa precontrattuale.



Quali costi devo sostenere?

- Costi di intermediazione

La quota parte percepita dagli Intermediari è pari al 20% sul premio imponibile - al netto delle imposte.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Compagnia: <i>Vera Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami c/o Società Cattolica Assicurazioni S.p.A. Servizio Reclami di Gruppo Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona (Italia) - telefax 045 8372903 - indirizzo mail: reclami@veraassicurazioni.it.</i> La Compagnia darà riscontro entro quarantacinque giorni dalla data di ricevimento del reclamo. I reclami di spettanza dell'intermediario ma presentati alla Compagnia saranno trasmessi senza ritardo all'intermediario stesso, dandone contestuale notizia al reclamante.
All'IVASS	Nel caso in cui il reclamo presentato all'Impresa Assicuratrice abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione fra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n.98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.

<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<p>ARBITRATO: In caso di controversie di natura medica, sulla natura della malattia, o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici nonché sui criteri di indennizzabilità, le Parti di obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, al Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo della malattia ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel quale caso il Collegio può intanto concedere un acconto sull'indennizzo. Per la risoluzione di eventuali controversie tra le Parti, l'Assicurato in alternativa a quanto precede, ha facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria previo esperimento dei sistemi conciliativi previsti a livello normativo o convenzionale.</p>
---	---

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO MEDICO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

VERA 300

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
PER LE MALATTIE ONCOLOGICHE**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

INDICE

GLOSSARIO	3
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	8
Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	8
Art. 2 Altre assicurazioni	8
Art. 3 Aggravamento del rischio	8
Art. 4 Persone assicurabili	8
Art. 5 Limiti di età	9
Art. 6 Assicurazione per conto altrui	9
Art. 7 Somme assicurate e massimali	9
Art. 8 Decorrenza dell'assicurazione	9
Art. 9 Pagamento e frazionamento del premio	9
Art. 10 Durata e proroga dell'Assicurazione	10
Art. 11 Modifica dei premi al rinnovo annuale	10
Art. 12 Carenza	10
Art. 13 Limiti territoriali e liquidazione delle spese sostenute all'estero	11
Art. 14 Modifiche dell'assicurazione	11
Art. 15 Controversie / Arbitrato	11
Art. 16 Rinuncia al diritto di rivalsa	11
Art. 17 Oneri fiscali	11
Art. 18 Rinvio alle norme di legge	11
Art. 18 bis Conflitto d'interessi	11
Art. 19 garanzie prestate, operatività massimali e scoperti	11
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE	11
Art. 20 Oggetto dell'assicurazione	11
Art. 21 Esclusioni contrattuali a valere per tutte le garanzie / prestazioni	15
PROSPETTO RIEPILOGATIVO	16
Art. 22 Prospetto riepilogativo garanzie, massimali, scoperti	16
NORME LIQUIDATIVE	17
Art. 23 Centrale operativa	17
Art. 24 Attivazione della copertura sanitaria	18
Art. 25 Responsabilità	20
Art. 26 Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro	20
Art. 27 Pagamenti	21
Art. 28 Forme di rimborso - Diretta e Indiretta	21
Art. 29 Forma Diretta - Modalità operative e criteri di liquidazione	21
Art. 30 Forma Indiretta - Modalità operative e criteri di liquidazione fuori dal Network sanitario convenzionato	23
Art. 31 Modalità operativa per il rimborso forfettario per spese funerarie	23

GLOSSARIO

Agopuntura

È una metodica terapeutica che consiste nell'applicazione e nella stimolazione con aghi, realizzati con specifica manifattura, in particolari zone della pelle, chiamati agopunti. Gli agopunti sono distribuiti su tutta la superficie corporea e tutto il corpo può dunque essere sede di agopuntura.

- **Moxibustione:** la moxibustione è una tecnica terapeutica, spesso associata all'agopuntura, che utilizza coni o sigari di artemisia per riscaldare, con metodiche differenti, a seconda del quadro clinico, punti di agopuntura o zone cutanee.

Anamnesi patologia remota (APR)

Descrizione cronologica di tutti gli eventi morbosi intercorsi durante la vita del paziente datati (mese ed anno): malattie importanti, ricoveri, interventi chirurgici, traumi sofferti in passato incluse le terapie farmacologiche su base continuativa e l'anamnesi familiare di genitori, fratelli e sorelle.

Anamnesi patologia prossima (APP)

Raccolta dei sintomi che hanno portato il paziente a consultare il medico datati (mese ed anno) indicante: la modalità di insorgenza dei disturbi, sul momento esatto della loro comparsa, sulla localizzazione, intensità, forma, carattere e irradiazione del dolore (se presente).

Assicurato

Il soggetto, indicato in polizza, residente nel territorio della Repubblica Italiana, appartenente al nucleo familiare del Contraente, il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto mediante il quale la Società, a fronte del pagamento di un premio, si obbliga ad indennizzare o rimborsare all'Assicurato il danno ad esso prodotto dal verificarsi di un sinistro, entro i limiti convenuti.

Banca

Filiale del Banco BPM S.p.A., presso la quale il Contraente è titolare di conto corrente e ove viene stipulata la presente polizza.

Cancro

Qualsiasi neoplasia maligna o tumore diagnosticato e confermato da esame istologico, caratterizzata da crescita incontrollata di cellule maligne ed invasione di tessuti.

Il termine "Cancro" comprende la leucemia, sarcoma, linfoma (tranne linfomi cutanei) e tutti gli stadi evolutivi di tumore maligno tra cui il carcinoma maligno non invasivo "in situ"

Sono specificatamente esclusi:

- i tumori diagnosticati come benigni (da analisi istologica), lesioni precancerose, displasie;
- i tumori in presenza di qualsiasi virus di immunodeficienza (HIV);
- le lesioni anomale della cervice uterina classificate come: neoplasie cervicali intra-epiteliali CIN I, CIN II;
- tutti i tumori della pelle non classificati come melanoma maligno.

Carenza

Periodo di tempo immediatamente successivo alla data di stipulazione dell'assicurazione durante il quale le prestazioni/garanzie non sono efficaci.

Cartella Clinica:

Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera S.D.O.).

Centro medico

Struttura, anche non adibita al ricovero, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche; **non sono considerati Centri medici strutture finalizzate a trattamenti di natura estetica.**

Chirurgia ricostruttiva

Interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari a seguito di interventi demolitivi per "**Cancro**".

Consulenza nutrizionistica

Consulenza specialistica resa da medico dietologo o operatore diplomato/laureato in scienza dell'alimentazione o nutrizionista.

Consulenza psicologica

Consulenza orientata alla comprensione e alla definizione del problema psicologico dell'individuo a seguito di diagnosi di "Cancro". La consulenza si focalizza sul supporto, sulla soluzione delle problematiche dell'individuo correlate alla gestione della malattia "**Cancro**".

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione, titolare di conto corrente presso il Banco BPM S.p.A..

Contratto di assicurazione

Contratto mediante il quale la Società, dietro pagamento di un premio, si impegna a tenere indenne l'Assicurato, entro i limiti convenuti, dei danni prodotti da un sinistro.

Day Hospital

Permanenza in struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche che richiedono la compilazione della cartella clinica; **non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.**

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Documentazione sanitaria e di spesa:

La fotocopia della cartella clinica completa (in caso di Ricovero e Day Hospital), la relazione medica dell'Intervento Chirurgico (in caso di Intervento Ambulatoriale), le prescrizioni ed i referti medici o ogni altra documentazione medica richiesta dalla Società, nonché la documentazione di spesa (fotocopie delle fatture e delle notule, valide ai fini fiscali e quietanzate), integrata dalla descrizione dettagliata delle prestazioni sanitarie effettuate.

Forma Diretta

Modalità di liquidazione della prestazione da parte della Società ai Centri Convenzionati appartenenti al Network preventivamente autorizzate dalla Struttura Operativa, entro i limiti di quanto dovuto a termini di polizza.

Forma Indiretta

Modalità di liquidazione della Prestazione da parte della Società all'Assicurato che ha anticipato le spese, ed entro i limiti indicati in polizza.

Indennità giornaliera

Indennizzo forfettario giornaliero corrisposto all'Assicurato sia in caso di ricovero in regime SSN che privato.

Indennità sostitutiva

Indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto all'Assicurato in caso di ricovero/Day Hospital con o senza intervento chirurgico che non comporti il rimborso di spese sanitarie.

Indennizzo o Indennità

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili e documentabili.

Intermediario

Il Banco BPM S.p.A., Contraente della Convenzione che distribuisce il presente prodotto nelle modalità e nei limiti indicati sul sito www.bancobpmspa.com.

Intervento chirurgico ambulatoriale

L'intervento di piccola chirurgia non in regime di ricovero, effettuato da medico chirurgo abilitato presso Istituto di Cura, Centro Medico o studio medico chirurgico.

Intervento chirurgico

Atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa effettuato da medico chirurgo abilitato presso Istituto di Cura o Centro Medico.

Istituto di Cura

Istituto Universitario, Ospedale, Casa di Cura, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera; **non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri di benessere.**

Malattia

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio e oggettivamente riscontrabile.

Malattia mentale

Tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale: Garanzie dal punto 1 al punto 4

La spesa massima rimborsabile per persona relativa ad uno o più "**Cancro**", per tutta la durata contrattuale, e fino all'esaurimento dello stesso.

Massimale: Garanzie punto 5 e punto 6

La spesa massima rimborsabile per persona e per anno assicurativo.

Medicina alternativa o complementare (MAC)

Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri.

Medicina Omeopatica o Omeopatia

Metodo diagnostico, clinico e terapeutico che afferma la possibilità di curare un malato attraverso la somministrazione di medicinali omeopatici, strettamente personalizzati sul paziente, che in una persona sana riprodurrebbero i sintomi rilevanti e caratteristici del suo stato patologico.

- **Omotossicologia:** metodo diagnostico, clinico e terapeutico, derivato dalla Medicina Omeopatica, che interpreta la malattia come espressione della lotta fisiologica dell'organismo che tende ad eliminare le "omotossine" e/o come espressione del tentativo dell'organismo di compensare i danni omotossici subiti. La Omotossicologia utilizza medicinali omeopatici unitari e complessi.

Nucleo familiare

Costituiscono il nucleo familiare esclusivamente:

- il coniuge o il convivente more uxorio;
- i figli del Contraente anche non conviventi, compresi, i figli nati dal precedente matrimonio del coniuge, i minori legalmente affidati o adottati, i figli del convivente more uxorio.

Patologia preesistente

Ogni alterazione dello stato di salute diagnosticata o conosciuta o insorta secondo giudizio medico prima dell'effetto della copertura assicurativa del singolo Assicurato.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Presa in carico

Atto effettuato dalla Struttura Operativa di avvio della procedura di pagamento diretto, in nome e per conto dell'Assicurato, delle spese indennizzabili per prestazioni effettuate presso Centri di cura convenzionati.

Prestazioni intramoenia

Prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di Day Hospital o di Ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Questionario Medico

Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato sulla base delle dichiarazioni fornite dall'Assicurato stesso, facente parte integrante della Polizza.

Ricovero

Degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento; **non è considerato ricovero la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.**

Ricovero Improprio

La degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Rimborso

Somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.

Scoperto

La parte dell'indennizzo, determinato in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

L'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società

Vera Assicurazioni S.p.A.

Struttura Operativa

IMA Servizi, Società di Servizi che gestisce il servizio di assistenza e provvede al pagamento diretto delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, oppure ai rimborsi; provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie e con i medici chirurghi convenzionati.

Strutture Sanitarie e Medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato)

Rete convenzionata con IMA Servizi costituita da Ospedali, Istituti di Cura, Istituti di carattere scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, Centri e studi odontoiatrici nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste, per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nell'ambito delle convenzioni stesse.

SSN

Servizio Sanitario Nazionale.

Terapie con Procedure della MAC

Comprendono i trattamenti che impiegano varie tecniche sanitarie soprattutto senza l'uso di medicinali, ad esempio, l'agopuntura e le tecniche a questa correlate.

Trattamenti fisioterapici e rieducativi

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da "**Cancro**".

Ogni ciclo di trattamenti fisioterapici e rieducativi deve essere prescritto da medico specialista e reso necessario da "**Cancro**" istologicamente diagnosticato.

Visita medica di MAC (per il solo "Pacchetto Care", lettera C)

La visita effettuata da medico, regolarmente iscritto all'Albo Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, per diagnosi o trattamenti delle MAC previste dalla presente polizza.

Visita specialistica

La visita effettuata da medico fornito di specializzazione, escluse le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative (ad eccezione di quanto previsto all'Art. 20 punto 5 "Pacchetto Care).

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Il presente prodotto viene distribuito da Banco BPM S.p.A. nelle modalità e nei limiti indicati sul sito www.bancobpmspa.com

Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Il contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Società le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Società non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Società stessa

A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di impugnare il contratto per domandarne l'annullamento dichiarando al Contraente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
- di trattenere il premio.

B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO NON HA AGITO CON O COLPA GRAVE:

- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi al Contraente, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa da quella di cui al punto precedente.

In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione, il Contraente e gli Assicurati sono tenuti - quest'ultimi anche tramite la Contraente - a dare tempestiva comunicazione di tale variazione alla Società, comprensiva del domicilio in caso di trasferimento all'estero.

Art. 2 Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre polizze per la stessa assicurazione ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

In caso di sinistro il Contraente deve darne avviso scritto a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri e gli estremi della polizza, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio sia coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi Integrativi Sanitari.

Rimane salvo il diritto di regresso della Società.

Art. 3 Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art.1898 del Codice Civile.

Art. 4 Persone assicurabili

Possono essere assicurati il Contraente e gli appartenenti al suo Nucleo Familiare, come da definizione riportata in Glossario, purché residenti nel territorio della Repubblica Italiana. In caso di cambio residenza l'Assicurato ha l'obbligo di comunicare per iscritto alla Società la variazione.

La Società presta l'assicurazione su dichiarazioni rese dell'Assicurato in fase assuntiva con questionario sanitario.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti, si applica quanto disposto dall'Art.1 - "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio". Qualora nel corso del contratto trasferiscano il domicilio/sede in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto.

Il Contraente e l'Assicurato devono avere in Italia il domicilio/sede per tutta la durata del contratto;

qualora nel corso del contratto trasferiscano il domicilio/sede in uno Stato nel quale la Società non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto.

Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, non è assicurabile la persona affetta, o che sia mai stata affetta, da:

- alcolismo;
- tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- sieropositività da HIV.

Qualora, nel corso della copertura assicurativa, insorga una o più delle affezioni su indicate, la copertura assicurativa cessa con effetto immediato al loro manifestarsi.

Non sono altresì assicurabili le persone fisiche che svolgano una delle seguenti professioni: collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi; cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergebilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.

Art. 5 Limiti di età

Possono aderire, secondo i limiti di età di seguito indicati, le persone con:

Età minima all'ingresso	1 anno compiuto 18 anni compiuti (per la sola garanzia "Rimborso forfettario per spese funerarie")
Età massima all'ingresso	65 anni compiuti
Età massima alla scadenza	80 anni compiuti

La garanzia di cui al punto 6 "Rimborso forfettario spese funerarie", di cui al successivo Art. 20, è operante esclusivamente per gli Assicurati di età uguale o superiore a 18 anni compiuti e pertanto il premio pagato per il minore assicurato non ricomprende alcun addebito per tale garanzia.

Per le persone assicurate che raggiungano il compimento dell'80esimo anno di età nel corso del contratto, l'Assicurazione cessa automaticamente alla prima scadenza annuale della polizza.

Art. 6 Assicurazione per conto altrui

Se la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'art.1891 del Codice Civile.

Art. 7 Somme assicurate e massimali

Le somme assicurate e i massimali sono indicati in polizza e rappresentano per la Società il limite massimo di esposizione a cui essa è tenuta in relazione ad ogni singola persona Assicurata.

Art. 8 Decorrenza dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

In caso di mancato pagamento di una singola rata, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite. **Qualora la ripresa in vigore avvenga dopo più di 30 giorni di sospensione di polizza, entreranno in funzione i termini di carenza stabiliti dall'Art. 12 - "Carenza".**

Art. 9 Pagamento e frazionamento del premio

Il pagamento del premio previsto per la stipula o il rinnovo della presente assicurazione deve essere effettuato con procedura di addebito in conto corrente intestato al Contraente presso la Banca, a favore della Società; ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento del premio, farà fede la documentazione contabile della Banca stessa.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

Il frazionamento del premio annuo può essere pattuito, su richiesta del Contraente, in rate mensili.

Nel caso in cui il Contraente proceda alla chiusura del rapporto di conto corrente presso la Banca durante la validità dell'Assicurazione, lo stesso dovrà provvedere ad informare l'Intermediario dei nuovi riferimenti del conto corrente su cui vorrà attivare la procedura di addebito del premio dovuto per il

presente contratto.

Art. 10 - Durata e Proroga dell'Assicurazione

La copertura assicurativa scade alle ore 24:00 del giorno indicato in polizza.

In mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata dalle Parti a mezzo lettera raccomandata, almeno 15 giorni prima della scadenza annuale del contratto; è data altresì facoltà al Contraente di procedere alla disdetta del contratto recandosi presso la Banca fino a 5 giorni prima della scadenza annuale.

La Società si impegna a mantenere in vita la polizza per un ulteriore periodo di 5 anni, e dietro corresponsione del relativo premio, nei confronti degli Assicurati ai quali:

- alla data della disdetta inviata dalla Società:
 - è già stato istologicamente diagnosticato un "Cancro" e
 - hanno già denunciato un sinistro indennizzabile ai termini di polizza e
 - sono sottoposti a trattamenti / cure;
- tra la data della disdetta inviata dalla Società e la prima scadenza annuale della polizza viene istologicamente diagnosticato un "Cancro".

La data di decorrenza degli ulteriori 5 anni coincide con la prima scadenza annuale del contratto successiva all'invio della disdetta della Società (data di effetto della disdetta).

Qualora il massimale unico previsto per il "Pacchetto Base" punti da 1 a 4 di cui all'Art. 20 - Oggetto dell'Assicurazione si esaurisse per uno degli Assicurati nel corso della durata contrattuale, la copertura assicurativa per l'Assicurato stesso terminerà automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza. Pertanto, anche dietro pagamento del premio, l'Assicurato non potrà più rinnovare la copertura assicurativa e beneficiare del "Pacchetto Care" punto 5 e del "Rimborso forfettario spese funerarie" punto 6 di cui all'Art. 20 - Oggetto dell'Assicurazione.

La Società si obbliga alla restituzione al Contraente di eventuali premi o ratei di premio corrisposti in occasione del rinnovo annuale relativamente a uno degli Assicurati, nell'unico caso in cui il massimale unico previsto per il "Pacchetto Base" per lo stesso Assicurato venga esaurito e la polizza sia pervenuta alla sua scadenza annuale prima che il processo di valutazione della documentazione liquidativa relativa al sinistro che abbia causato l'esaurimento di tale massimale presentata in corso d'anno sia stato concluso. In questi casi, a fronte della restituzione del premio corrisposto rispetto all'annualità in corso, la copertura assicurativa relativa a tale Assicurato cesserà.

Art. 11 Modifica dei premi al rinnovo annuale

In occasione di ogni scadenza annuale dell'Assicurazione, il premio di rinnovo potrà essere modificato dalla Società, ferme le condizioni di assicurazione.

La Società è tenuta ad inviare al Contraente, almeno 30 giorni prima della scadenza annuale del contratto, una comunicazione scritta con indicate le modalità di rinnovo ed il premio annuo per la nuova annualità assicurativa. Il Contraente che non accetti le modalità di rinnovo o il premio annuo comunicato potrà esercitare la sua facoltà di disdetta entro i termini di cui all'Art. 10 - "Durata e Proroga dell'Assicurazione".

Art. 12 Carenza

L'Assicurazione decorre per ciascun Assicurato dalle ore 24:00 del 180° giorno successivo in cui, a seguito del pagamento del premio, ha effetto l'assicurazione.

Qualsiasi accertamento diagnostico o indagine effettuato durante il periodo di carenza che abbia portato ad una diagnosi di "Cancro" istologicamente accertato per uno degli Assicurati, anche se in periodo successivo alla scadenza di tale periodo, renderà il contratto assicurativo inoperante per l'Assicurato stesso.

La Società, in tal caso, si impegna a restituire interamente al Contraente il premio versato al netto delle imposte relativamente a tale Assicurato.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione di analogo contratto Vera300, senza interruzione di continuità, **i termini di carenza di cui sopra operano soltanto in relazione ai nuovi assicurati.**

In caso di ripresa in vigore dopo più di 30 giorni di sospensione di polizza a causa del mancato pagamento del premio, la carenza da applicarsi al contratto è da intendersi pari a 90 giorni, purché il pagamento del premio avvenga:

- a) in caso di frazionamento annuale, entro 180 giorni dalla data di scadenza della rata di premio non pagata;
- b) in caso di frazionamento mensile, entro 180 giorni dalla prima rata di premio non pagata ed

entro la data di scadenza annuale di contratto.

Qualora il pagamento del premio non avvenga entro i termini indicati ai punti precedenti a) e b), la copertura si intenderà risolta, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 13 Limiti territoriali e liquidazione delle spese sostenute all'estero

L'assicurazione è valida per prestazioni effettuate in Europa con medicinali approvati da EMA (European Medicines Agency).

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

Art. 14 Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate dalle Parti per iscritto.

Art. 15 Controversie / Arbitrato

In caso di controversie di natura medica, sulla natura della malattia, o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici nonché sui criteri di indennizzabilità le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, al Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo della malattia ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel quale caso il Collegio può intanto concedere un acconto sull'indennizzo.

Per la risoluzione di eventuali controversie tra le Parti, l'Assicurato in alternativa a quanto precede, ha facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria previo esperimento dei sistemi conciliativi previsti a livello normativo o convenzionale.

Art. 16 Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia al diritto all'azione di surroga di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili, solo se tra i terzi responsabili vi è il Contraente, l'Assicurato o un componente appartenente al nucleo familiare dell'Assicurato.

Art. 17 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 18 Rinvio alle norme di legge

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

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

Art. 18 bis Conflitto di interessi

La Società fornisce informazioni sul conflitto di interesse, sulla natura e le fonti del conflitto, mediante informativa pubblicata sul proprio sito internet.

La Società, in ogni caso, opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi del Contraente.

Art. 19 Garanzie prestate, operatività massimali e scoperti

La Società garantisce esclusivamente le prestazioni, ai termini e condizioni indicati nelle Condizioni di Assicurazione.

Le prestazioni vengono rimborsate fino alla concorrenza dei massimali e con gli scoperti e limiti indicati nel Prospetto riepilogativo di cui all'art.22 ed allegato in Polizza. I massimali e limiti sono da intendersi per persona.

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 20 Oggetto dell'assicurazione

La Società riconosce all'Assicurato, fino a concorrenza del massimale e con i limiti indicati nella polizza le seguenti spese, rese necessarie da "Cancro" istologicamente diagnosticato durante il periodo di copertura della polizza e decorsi i termini di carenza di cui all'Art. 12 - "Carenza".

Qualsiasi accertamento diagnostico o indagine effettuato durante il periodo di carenza che abbia portato ad una diagnosi di "Cancro" istologicamente accertato per uno degli Assicurati, anche se in periodo successivo alla scadenza di tale periodo, renderà il contratto assicurativo inoperante per l'Assicurato stesso.

La Società, in tal caso, si impegna a restituire interamente al Contraente il premio versato al netto delle

imposte relativamente a tale Assicurato.

Ai fini della presente polizza, si definisce "Cancro":

Qualsiasi neoplasia maligna o tumore diagnosticato e confermato da esame istologico, caratterizzata da crescita incontrollata di cellule maligne ed invasione di tessuti.

Il termine "**Cancro**" comprende la leucemia, sarcoma, linfoma (tranne linfomi cutanei) e tutti gli stadi evolutivi di tumore maligno tra cui il carcinoma maligno non invasivo "in situ".

Sono specificatamente esclusi:

- i tumori diagnosticati come benigni (da analisi istologica), lesioni precancerose, displasie;
- i tumori in presenza di qualsiasi virus di immunodeficienza (HIV);
- le lesioni anomale della cervice uterina classificate come: neoplasie cervicali intra-epiteliali CIN I, CIN II;
- tutti i tumori della pelle non classificati come melanoma maligno.

Pacchetto Base

1. Diagnostica da indagine

Vengono riconosciuti, **entro il limite massimo indicato nel Prospetto Riepilogativo di cui all'Art.22 ed allegato in polizza**, tutti gli accertamenti diagnostici (inclusi quelli di Alta Diagnostica e le analisi di laboratorio) nonché le visite specialistiche **che abbiano istologicamente diagnosticato all'Assicurato l'insorgenza di un "Cancro", coperto ai sensi di polizza e come da definizione di "Cancro"**.

2. Spese Ricovero ed Extra-Ricovero

Vengono riconosciute, entro il **limite massimo indicato nel Prospetto Riepilogativo di cui all'art.22 ed allegato in polizza**, le spese rese necessarie da "**Cancro**" per:

A. Ricovero con/senza intervento, day hospital con/senza intervento, intervento chirurgico ambulatoriale

- a) gli onorari dell'equipe medica, i diritti di sala operatoria, i materiali di intervento ivi comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- b) l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico specialistiche, gli accertamenti diagnostici i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo del ricovero;
- c) la retta di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie. In caso d'intervento chirurgico ambulatoriale le spese per la retta di degenza non vengono corrisposte;
- d) nel caso di trapianti sono coperte le prestazioni di cui ai punti sopra a), b) e c) relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente.

B. Indennità sostitutiva

Qualora le prestazioni disciplinate al punto 2 lettera A siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), viene corrisposta un'indennità sostitutiva pari ad **€ 300,00** per ogni giorno di ricovero (si intende come tale ogni giorno che comprenda anche il pernottamento) e per ogni giorno di Day Hospital, **per un massimo di 360 giorni per persona.**

L'indennità sostitutiva non viene corrisposta per le prestazioni effettuate in regime di intervento chirurgico ambulatoriale e in caso di trapianto come disciplinato al punto 2 lettera A punto d).

Qualora le suddette spese, disciplinate al punto 2 lettera A, siano solo o in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato potrà scegliere tra l'Indennità Sostitutiva o il rimborso delle spese rimaste a suo carico.

L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza in Pronto Soccorso.

C. Accompagnatore

Con riferimento alle prestazioni di cui al punto 2 lettera A, vengono altresì rimborsate le spese relative a vitto e pernottamento in Istituto di Cura o struttura alberghiera, ove non sussista la disponibilità in istituto di Cura, con il **limite giornaliero di 100,00 € e con un massimo di 30 giorni per anno.**

D. Trasporto Sanitario

Con riferimento alle prestazioni di cui al punto 2 lettera A, vengono rimborsate, entro il **limite massimo di € 2.000,00 per anno**, le spese del trasporto dell'Assicurato all'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione, con mezzo di trasporto sanitario se in Italia, con qualunque mezzo di trasporto sanitario qualora l'Assicurato si trovi all'estero.

E. Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie oncologiche per "Cancro"

Vengono riconosciute, entro il **limite massimo indicato nel Prospetto Riepilogativo di cui all'art.22 ed allegato in Polizza**, le spese per accertamenti diagnostici (inclusi quelli di Alta Diagnostica e le analisi di laboratorio) nonché le visite specialistiche, chemioterapia, radioterapia, terapia ormonale, farmaci (inclusi anti-nausea, anti-rigetto, anti-vertigini, sedativi) rese necessarie da "Cancro".

3. **Chirurgia ricostruttiva a seguito di "Cancro"**

Qualora l'Assicurato, a seguito di un intervento chirurgico reso necessario da "Cancro", necessita di un intervento di chirurgia plastica ricostruttiva potrà richiedere, entro il **limite massimo indicato nel Prospetto Riepilogativo di cui all'Art.22 ed allegato in polizza**, il rimborso delle spese come previste al punto precedente 2.

4. **Spese di monitoraggio**

L'Assicurato potrà richiedere, entro il **limite massimo indicato nel Prospetto Riepilogativo di cui all'Art.22 ed allegato in polizza**, il rimborso delle spese sostenute per gli accertamenti resi necessari per il monitoraggio della condizione oncologica ("Cancro") nel tempo ed indennizzabile a termini di polizza.

Condizioni Pacchetto Base

Le garanzie descritte dal punto 1 al punto 4 del presente articolo, verranno rimborsate fino a concorrenza del massimale di € 300.000,00, per singolo Assicurato, indipendentemente dal numero di diagnosi di "Cancro" ricevute durante tutta la durata contrattuale.

Il massimale è UNICO e non viene reintegrato alla ricorrenza annuale della polizza.

Qualora il massimale unico previsto per il "Pacchetto Base" punti da 1 a 4 di cui al presente articolo si esaurisse per uno degli Assicurati nel corso della durata contrattuale, la copertura assicurativa per l'Assicurato stesso terminerà automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza. Pertanto, anche dietro pagamento del premio, l'Assicurato non potrà più rinnovare la copertura assicurativa e beneficiare del "Pacchetto Care" punto 5 e del "Rimborso forfettario spese funerarie" punto 6 di cui all'Art. 20 - Oggetto dell'Assicurazione.

La Società si obbliga alla restituzione al Contraente di eventuali premi o ratei di premio corrisposti in occasione del rinnovo annuale relativamente a uno degli Assicurati, nell'unico caso in cui il massimale unico previsto per il "Pacchetto Base" per lo stesso Assicurato venga esaurito e la polizza sia pervenuta alla sua scadenza annuale prima che il processo di valutazione della documentazione liquidativa relativa al sinistro che abbia causato l'esaurimento di tale massimale presentata in corso d'anno sia stato concluso. In questi casi, a fronte della restituzione del premio corrisposto rispetto all'annualità in corso, la copertura assicurativa relativa a tale Assicurato cesserà.

Il rimborso delle spese, dal punto 1 al punto 4 del presente articolo, sarà effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 10% in regime di Forma indiretta.

Tale scoperto non si applica:

- alle spese sostenute in regime di Forma Diretta, previa autorizzazione della Centrale Operativa di IMA Servizi, presso strutture e medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato);
- nel caso di sinistri relativi alla garanzia prevista al punto 2 lettera B. "Indennità sostitutiva", lettera C. "Accompagnatore" e lettera D. "Trasporto Sanitario";
- qualora l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in quanto i ticket saranno rimborsati integralmente.

L'Assistenza Diretta non potrà mai essere attivata per le prestazioni previste al punto 1. "Diagnostica da indagine" del presente articolo. Le prestazioni saranno rimborsabili esclusivamente in Forma Indiretta, se indennizzabili a termini di polizza, secondi le modalità previste nell'Art. 30.

5. **Pacchetto Care**

La Società riconosce all'Assicurato, entro i rispettivi **limiti indicati nel Prospetto Riepilogativo di cui all'art.22 ed allegato in polizza** quanto di seguito specificato:

A. Indennità giornaliera per Unità di Terapia Intensiva

La Società garantisce all'Assicurato, in caso di ricovero in Unità di Terapia Intensiva reso necessario da "Cancro", **un'indennità giornaliera pari ad € 200,00 e per un massimo di 15 giorni per anno.**

L'indennità verrà riconosciuta all'Assicurato per ogni notte trascorsa in Unità di Terapia Intensiva che dovrà essere documentata da cartella clinica e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

L'indennità giornaliera per Unità di Terapia Intensiva è cumulabile all'indennità giornaliera per Ricovero oltre i 30 giorni al punto 5 B. ed in aggiunta a quanto previsto al punto 2 lettera A. e B.

B. Indennità giornaliera per Ricovero oltre i 30 giorni

La Società garantisce all'Assicurato, per un ricovero reso necessario da "**Cancro**", **un'indennità giornaliera pari ad € 100,00, per un massimo di 60 giorni per anno.**

L'indennizzo verrà corrisposto a partire dal trentunesimo giorno di ricovero solo se effettuato su base continuativa oppure se vi è trasferimento ad altro reparto ospedaliero o ad altro Istituto di Cura, come risultante da cartella clinica e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

L'indennità giornaliera per Ricovero oltre i 30 giorni è cumulabile all'indennità per Unità di Terapia Intensiva al punto 5 A. ed in aggiunta a quanto previsto al punto 2 lettera A. e B.

C. Prestazioni di Agopuntura e Omeopatia

La Società riconosce all'Assicurato le spese, rese necessarie da "**Cancro**", per le seguenti prestazioni di medicina non convenzionale:

- Agopuntura (incl. agopuntura con moxa revulsivante)
visita medica di MAC, sedute di agopuntura, sedute di moxibustione
- Omeopatia, omotossicologia
visita medica di MAC.

Vengono rimborsate **per un massimo di € 100,00 a visita o prestazione e fino a 10 visite o prestazioni per anno.**

Le stesse devono essere effettuate da medico o presso Centro medico.

Ai fini del rimborso, oltre alla fattura, le visite di MAC e le terapie con procedure della MAC devono essere corredate da una specifica indicazione dell'esecuzione della prestazione stessa e non è necessaria la prescrizione di un medico di medicina convenzionale.

D. Trattamenti fisioterapici e riabilitativi

La Società riconosce all'Assicurato le spese, rese necessarie da "**Cancro**", per trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Il rimborso delle spese viene riconosciuto **per un massimo di € 100,00 a visita o prestazione, fino a 20 visite o prestazioni per anno.**

E. Consulenza nutrizionale

La Società riconosce all'Assicurato le spese, rese necessarie da "**Cancro**", per la consulenza nutrizionistica, tale consulenza è espressamente mirata alle problematiche nutrizionali correlate al "**Cancro**". Il rimborso delle spese viene riconosciuto **per un massimo di € 100,00 a consulenza, fino a 20 consulenze per anno.**

F. Consulenza psicologica

La Società riconosce all'Assicurato le spese, rese necessarie da "**Cancro**", per consulenza psicologica.

Il rimborso delle spese viene riconosciuto **per un massimo di € 100,00 a consulenza, fino a 10 consulenze per anno.**

6. Rimborso forfettario spese funerarie

Spese funerarie (garanzia operante esclusivamente per gli Assicurati di età uguale o superiore a 18 anni)

In caso di morte dell'Assicurato, al quale era stato diagnosticato un "**Cancro**" come definito in polizza e che abbia già denunciato un sinistro alla Società indennizzabile a termini di polizza, la Società riconoscerà agli eredi legittimi o testamentari un **rimborso forfettario di € 10.000,00** indipendentemente dalla causa del decesso.

In caso di decesso per suicidio la garanzia non è operante.

Condizioni "Pacchetto Care" punto 5 e "Rimborso forfettario spese funerarie" punto 6

Le indennità giornaliere, di cui alle lettere A. (Indennità giornaliera per Unità di Terapia Intensiva) e B. (Indennità giornaliera per Ricovero oltre i 30 giorni) del punto 5 "Pacchetto Care", sono cumulabili tra di loro e liquidabili in aggiunta al rimborso delle spese previste al punto 2 lettera A. (Ricovero con/senza intervento, Day Hospital con/senza intervento, intervento chirurgico ambulatoriale) e all'Indennità sostitutiva prevista al punto 2 lettera B. (Indennità sostitutiva).

Le garanzie di cui ai precedenti punti 5 (Pacchetto Care) e 6 (Rimborso forfettario spese funerarie) del presente Articolo, verranno rimborsate senza l'applicazione di scoperti e fino a concorrenza dei massimali e dei limiti indicati nelle singole garanzie, sia in forma diretta che indiretta.

I massimali e limiti sono da intendersi per persona e per anno.

ESCLUSIONI**Art. 21 Esclusioni Contrattuali a valere per tutte le garanzie / prestazioni**

L'assicurazione non è operante per:

1. tutti gli stati patologici/malattie diversi da quanto indicato alla definizione di "Cancro";
2. le spese sostenute e rese necessarie da infortuni occorsi prima o dopo la data di sottoscrizione della polizza nonché le loro complicità e conseguenze dirette e indirette nonché i relativi postumi;
3. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento inclusa la degenza presso gli Hospice;
4. le prestazioni successive alla data di scadenza o di anticipata cessazione della polizza, per qualsiasi motivo, anche se il "Cancro" si è manifestato durante il periodo di validità della garanzia;
5. le spese effettuate per prestazioni di routine e/o controllo, check-up, (salvo quanto indicato nel "Pacchetto Base" al punto 4 "Spese di monitoraggio" dell'Art. 20) inclusi i vaccini;
6. le prestazioni mediche e chirurgiche, gli accertamenti diagnostici eseguiti a scopo preventivo o per familiarità. Sono da intendersi altresì esclusi tutti i test genetici a scopo predittivo, fatta eccezione dei test genetici finalizzati alla definizione del miglior trattamento farmacologico per la cura del "Cancro" istologicamente diagnosticato durante il periodo di validità della polizza;
7. i ricoveri e Day Hospital per accertamenti o trattamenti, anche chirurgici, gli interventi chirurgici ambulatoriali, gli accertamenti diagnostici, le visite di medicina generale e di pediatria di routine, le visite specialistiche e le prestazioni sanitarie in genere non rese necessarie dal punto di vista medico e non resi necessari da "Cancro", istologicamente diagnosticato durante il periodo di copertura della polizza;
8. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi di "Cancro" come definito in polizza, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale e/o titolo equipollente se effettuato all'estero;
9. le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Chirurghi, ad eccezione di quelle infermieristiche, quelle fisioterapiche, le consulenze nutrizionali e psicologiche effettuate da studio professionale regolarmente autorizzato; sono comunque escluse tutte le prestazioni fisioterapiche finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica;
10. le prestazioni e le terapie riconducibili alla medicina complementare o alternativa (a solo titolo esemplificativo ma non esaustivo: omeopatia, fitoterapia, agopuntura) salvo quanto previsto alla lettera C. punto 5 "Pacchetto Care" Art. 20;
11. i trattamenti medici o chirurgici o l'assunzione di terapie farmacologiche sperimentali;
12. le prestazioni determinate da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate, nonché da malattie sessualmente trasmesse;
13. le prestazioni e le terapie determinate da virus "Ebola";
14. gli infortuni, le malattie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di alcool o psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
15. le malattie e gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose o comunque dolose compiute o tentate dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, nonché le imprese temerarie, incluso il suicidio;
16. infortuni derivanti dalla pratica di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;
17. infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
18. malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o

- qualsiasi altro corpo militare;
19. gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche; conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.) o esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato per terapie mediche finalizzate alla cura del "Cancro", istologicamente diagnosticato durante il periodo di copertura;
 20. le conseguenze di guerra o guerra civile, dichiarata e non, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale; l'esclusione non opera se viene presentata documentazione idonea a dimostrare che non vi è nesso causale tra lo stato di guerra ed il sinistro;
 21. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo quando l'Assicurato ne sia stato parte attiva;
 22. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
 23. ogni prestazione medica, chirurgica o applicazione di carattere estetico a titolo esemplificativo ma non esaustivo: cure dimagranti, dietetiche, liposuzione, sclerosanti o ogni altro trattamento avente finalità estetica;
 24. i trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati:
 - a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi per "Cancro" istologicamente diagnosticato durante il periodo di copertura;
 25. i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche nonché gli esaurimenti nervosi, salvo quanto previsto al Pacchetto Care, punto F;
 26. l'interruzione volontaria (non terapeutica) della gravidanza;
 27. le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate;
 28. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
 29. i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (ricoveri impropri).

PROSPETTO RIEPILOGATIVO

Art. 22 Prospetto riepilogativo garanzie, massimali, scoperti

Le garanzie descritte nel "Pacchetto Base" dal punto 1 fino al punto 4 di cui al precedente art. 20 - Oggetto dell'Assicurazione, verranno rimborsate fino a concorrenza del massimale di € 300.000,00 per singolo Assicurato, indipendentemente dal numero di diagnosi di "Cancro" ricevute durante tutta la durata contrattuale.

Il massimale è UNICO e non viene reintegrato alla ricorrenza annuale della polizza.

Le indennità giornaliere, di cui alla lettera A. (Indennità giornaliera per Unità di Terapia intensiva) e B. (Indennità giornaliera per Ricovero oltre i 30 giorni) del punto 5 - "Pacchetto Care", sono cumulabili tra di loro e liquidabili in aggiunta al rimborso delle spese previste al punto 2 lettera A. (Ricovero con/senza intervento, Day Hospital con/senza intervento, intervento chirurgico ambulatoriale) e all'Indennità sostitutiva prevista al punto 2 lettera B (Indennità sostitutiva).

Le garanzie di cui ai punti 5 (Pacchetto Care) e 6 (Rimborso forfettario spese funerarie) di cui al precedente Art.20 - Oggetto dell'assicurazione, verranno rimborsate senza l'applicazione di scoperti e fino a concorrenza dei massimali e dei limiti indicati nelle singole garanzie, sia in Forma diretta che indiretta.

I massimali e limiti sono da intendersi per persona e per anno.

Qualora il massimale unico previsto per il "Pacchetto Base" punti da 1 a 4 di cui all'Art. 20 - Oggetto dell'Assicurazione si esaurisse per uno degli Assicurati nel corso della durata contrattuale, la copertura assicurativa per l'Assicurato stesso terminerà automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza. Pertanto, anche dietro pagamento del premio, l'Assicurato non potrà più rinnovare la copertura assicurativa e beneficiare del "Pacchetto Care" punto 5 e del "Rimborso forfettario spese funerarie" punto 6 di cui all'Art. 20 - Oggetto dell'Assicurazione.

Pacchetto Base		
Massimale UNICO di cui ai punti 1-2-3-4		€ 300.000
1. Diagnostica da indagine Accertamenti diagnostici (inclusi quelli di Alta Diagnostica e le analisi di laboratorio), visite specialistiche che abbiano istologicamente accertato l'insorgenza di un "Cancro" <u>Condizioni di rimborso:</u>		
	Forma Diretta Forma Indiretta Ticket	Non attivabile Scoperto 10 % Rimborso al 100 %
2. Spese Ricovero ed Extra - Ricovero A. Ricovero con / senza intervento, Day Hospital con / senza intervento, intervento chirurgico ambulatoriale B. Indennità sostitutiva (in alternativa al punto A, qualora le prestazioni siano a carico del SSN) C. Accompagnatore D. Trasporto Sanitario E. Accertamenti diagnostici (inclusi quelli di Alta Diagnostica e le analisi di laboratorio, visite specialistiche e terapie oncologiche per "Cancro") <u>Condizioni di rimborso per il punto A e il punto E:</u>		€ 300 al giorno per un max di 360 gg (senza applicazione scoperto) € 100 al giorno per un max di 30 gg (senza applicazione di scoperto) € 2.000 (senza applicazione di scoperto)
	Forma Diretta Forma Indiretta Ticket	Rimborso al 100 % Scoperto 10 % Rimborso al 100 %
3. Chirurgia ricostruttiva a seguito di "Cancro" <u>Condizioni di rimborso:</u>		Vengono riconosciute le prestazioni come al punto 2
	Forma Diretta Forma Indiretta Ticket	Rimborso al 100 % Scoperto 10 % Rimborso al 100 %
4. Spese di monitoraggio <u>Condizioni di rimborso:</u>		
	Forma Diretta Forma Indiretta Ticket	Rimborso al 100 % Scoperto 10 % Rimborso al 100 %
5. Pacchetto Care		
A. Indennità giornaliera per Unità di Terapia Intensiva		
	Indennità Limiti	€ 200 al giorno (senza applicazione di scoperto) Garanzia cumulabile all'indennità giornaliera per "Ricoveri oltre i 30 giorni" di cui al punto 5.B ed in aggiunta a quanto previsto al punto 2 lettera A e B max 15 gg
B. Indennità giornaliera per Ricovero oltre i 30 giorni		
	Indennità Limiti	€ 100 al giorno (senza applicazione di scoperto) Garanzia cumulabile all'indennità giornaliera per "Unità di Terapia Intensiva" di cui al punto 5.A ed in aggiunta a quanto previsto al punto 2 lettera A e B a partire dal 31° giorno fino ad un max di 60 gg
C. Prestazioni di Agopuntura e Omeopatia		
	Limiti	€ 100 a visita o prestazione (senza applicazione scoperto) max 10 visite o prestazioni
D. Trattamenti fisioterapici e riabilitativi		
	Limiti	€ 100 a visita o prestazione (senza applicazione scoperto) max 20 visite o prestazioni
E. Consulenza nutrizionale		
	Limiti	€ 100 a consulenza (senza applicazione scoperto) max 10 consulenze
6. Rimborso forfettario spese funerarie		
Spese funerarie (garanzia operante esclusivamente per gli Assicurati di età uguale o superiore a 18 anni)		€ 10.000

NORME LIQUIDATIVE

Art. 23 Centrale Operativa

Per la gestione e la liquidazione dei sinistri la Società si avvale della seguente Struttura Operativa

IMA Servizi c/o Centrale Salute - piazza Indro Montanelli, 20 - 20099, Sesto San Giovanni (MI)

che risponde ai seguenti numeri:

dall'Italia: 800 185 445
dall'estero: +39 02 24 128 759
operativo dal lunedì al venerdì dalle 8,00 alle 18,00 e sabato dalle 8,00 alle 12,00
o inviando una mail a:
- centrale.salute@imaitalia.it

Se l'Assicurato decide di avvalersi della Forma Diretta, dovrà richiedere autorizzazione alla Centrale Operativa con un preavviso di almeno 5 giorni lavorativi, salvo i casi di comprovata urgenza, inviando la documentazione sanitaria a mezzo fax o all'indirizzo email che verranno comunicati dalla Centrale Operativa stessa.

L'Assicurato nel contattare la Struttura Operativa presta il consenso al trattamento dei suoi dati. L'elenco delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) è disponibile sito <https://salutevera.gruppocattolica.it> alla voce "networks", ove viene aggiornato in tempo reale.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è inoltre pubblicato sul sito www.veraassicurazioni.it alla Sezione Prodotti - Persona, all'interno dell'apposito spazio dedicato al presente Prodotto Salute Advance.

Art. 24 Attivazione della copertura sanitaria

L'Assicurato che ha ricevuto una diagnosi di "**Cancro**" istologicamente diagnosticato, può scegliere di attivare la copertura o in forma Diretta, nel caso in cui sia la struttura sanitaria che l'equipe medica siano convenzionati, o in Forma Indiretta.

La copertura assicurativa è attivabile solo ed unicamente in presenza di diagnosi accertata istologicamente di "Cancro".

Cosa devo fare per attivare la Forma Indiretta o la Forma diretta?

Forma Indiretta	Forma Diretta
<p>Cosa Significa "Indiretta"?</p> <p>L'Indiretta è la liquidazione della Prestazione da parte della Società, all'Assicurato, che ha anticipato le spese, al netto degli scoperti ed entro i limiti e i massimali, come indicato nella scheda di polizza.</p>	<p>Cosa significa "diretta"?</p> <p>La Diretta è il pagamento della Prestazione da parte della Società ai Centri Convenzionati appartenenti al Network, al netto degli scoperti ed entro i limiti e i massimali, come indicato nella scheda di polizza.</p>
Indiretta	Diretta



Prenota la prestazione presso la struttura sanitaria



Prenota la prestazione presso la struttura sanitaria



Chiama la Centrale Operativa con un preavviso di almeno 5 giorni lavorativi dall'Italia 800 185 026 - dall'estero +39 011 742 56 65, che ti assisterà per tutto il percorso, e comunica la data della prestazione ed invia la documentazione sanitaria necessaria alla valutazione della Diretta.

Ricorda, prima dell'accettazione, potrebbe esserti richiesta ulteriore documentazione (art. 29).



Successivamente la centrale operativa ti comunica l'esito della valutazione della diretta.



La Centrale Operativa invia alla struttura sanitaria la presa in carico e autorizza con le **prestazioni autorizzate** entro i limiti e i massimali di polizza (art. 20)



Recati alla struttura sanitaria scelta per eseguire la prestazione



Recati presso la struttura sanitaria scelta per eseguire la prestazione



Salda la prestazione



Non c'è alcun importo né da anticipare né da saldare, salvo quanto non preventivamente autorizzato o oltre i limiti indicati in polizza.



Richiedi il rimborso inviando tutte le fatture con la cartella clinica completa e la documentazione sanitaria per valutare l'attivazione della polizza e l'indennizzabilità delle spese.

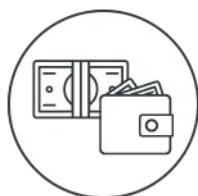
Ricorda, prima del rimborso, potrebbe esserti richiesta ulteriore documentazione.

Consulta l'art. 30 per l'istruttoria della pratica.



La Struttura Operativa riceverà le fatture e la documentazione sanitaria dall'Istituto di Cura.

La centrale operativa effettuerà le verifiche di congruità tra la documentazione sanitaria ricevuta in sede di richiesta diretta e quella ricevuta dalla struttura a prestazione eseguita.



La Struttura Operativa valuterà la documentazione del sinistro e se indennizzabile, rimborsa le prestazioni effettuate al netto degli scoperti ed entro i limiti e i massimali di polizza (art. 20) entro **30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.**



Se la verifica di congruità è positiva (ovvero se le prestazioni erogate sono conformi alle prestazioni autorizzate, la Società salderà direttamente alla struttura sanitaria le spese per le prestazioni autorizzate, al netto degli scoperti ed entro i limiti e i massimali di polizza (art. 20).

Per maggiori informazioni si rinvia ai successivi Artt. 29 - "Forma Diretta - Modalità operative e criteri di liquidazione" e 30 - "Forma Indiretta - Modalità operative e criteri di liquidazione fuori dal Network sanitario convenzionato" e al precedente Art. 20 per le prestazioni garantite dalla presente copertura assicurativa.

Art. 25 Responsabilità

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che la Società e la Struttura Operativa non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dal Network Sanitario Convenzionato e non Convenzionato.

Pertanto, il Contraente e gli Assicurati prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture sanitarie (Istituti di cura, Centri diagnostici) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

Art. 26 Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Struttura Operativa quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, **non oltre il trentesimo giorno** dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile.

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

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) ed è stato in questo preventivamente autorizzato dalla Struttura Operativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro.

Successivamente l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta a chiusura del sinistro entro e non oltre 4 mesi (120 giorni) dalla data di scadenza della polizza.

L'inadempimento di tale obbligo potrebbe comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

L'Assicurato deve fornire la documentazione medica quali, esiti di esami strumentali e referti di visite specialistiche, con evidenza della propria anamnesi patologica remota e prossima e della data di insorgenza e di inizio indagini che hanno portato alla diagnosi di "**Cancro**" istologicamente accertato e ogni ulteriore documentazione sanitaria utile per valutare l'operatività della copertura assicurativa. Eventuale

documentazione redatta in lingua diversa dall'italiano, dall'inglese, dal francese, dallo spagnolo e dal tedesco deve essere corredata di traduzione in italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione restano a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente. Sebbene l'Assicurato possa inviare la documentazione medica e fiscale del sinistro in fotocopia, la Società si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in copia sia delle fatture che della documentazione medica.

Ai fini della valutazione del rimborso di tutte le prestazioni coperte dalla presente polizza, erogate sia in forma Diretta che Indiretta, la Società si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica, esiti di esami strumentali/istologici, referti di visite specialistiche o ogni altra documentazione utile alla corretta valutazione del sinistro.

Art. 27 Pagamenti

Tutti i pagamenti nei confronti dell'Assicurato vengono effettuati a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Art. 28 Forme di Rimborso - Diretta ed Indiretta:

Il presente contratto prevede diverse Forme di rimborso:

1. Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate e di medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) - Forma Diretta

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di strutture sanitarie convenzionate e di medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato), attivandosi preventivamente con la Struttura Operativa, la Società paga direttamente alla struttura sanitaria convenzionata le spese indennizzabili, al netto degli scoperti ed entro i limiti e i massimali, come indicato nella scheda di polizza.

Per le prestazioni extra-ricovero è necessario verificare in anticipo la possibilità di eseguirle in forma Diretta contattando telefonicamente la Struttura operativa.

L'Assistenza Diretta non potrà mai essere attivata per le prestazioni previste al punto 1. "Diagnostica da indagine" dell'Art. 20 "Oggetto dell'assicurazione". Le prestazioni saranno rimborsabili esclusivamente in Forma Indiretta, se indennizzabili a termini di polizza, secondi le modalità previste nell'Art. 30.

2. Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate e di medici non convenzionati - Forma Indiretta

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di strutture sanitarie convenzionate e di medici non convenzionati, la Società non provvede al pagamento in forma diretta ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili al netto degli scoperti ed entro i limiti e i massimali, come indicato nella scheda di polizza.

3. Utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati - Forma Indiretta

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di strutture sanitarie e medici non convenzionati, la Società rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili al netto degli scoperti ed entro i limiti e i massimali, come indicato nella scheda di polizza.

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) - Forma Indiretta

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili al netto degli scoperti ed entro i limiti e i massimali, come indicato nella scheda di polizza.

Art. 29 Forma Diretta - Modalità operative e criteri di liquidazione

L'Assicurato che ritenga di avvalersi di strutture sanitarie convenzionate e di medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato), prima di accedere alla struttura sanitaria e **comunque con un preavviso di almeno 5 giorni lavorativi**, salvo i casi di comprovata urgenza certificata da medico, deve sempre contattare la Struttura Operativa ai recapiti indicati al precedente art. 23.

L'Assicurato deve consentire la valutazione dell'attivazione della forma diretta anticipando a mezzo fax o email

la documentazione sanitaria che sarà richiesta dalla Struttura Operativa.

In caso di **prima attivazione della copertura assicurativa** successiva alla prima diagnosi di cancro istologicamente comprovata:

- a. dettagliata relazione medica, redatta da medico Specialista, che riporta:
 - la data di diagnosi;
 - la data di inizio sintomi e la data di inizio indagini mediche e cliniche che hanno portato alla diagnosi di "**Cancro**";
 - la diagnosi di "**Cancro**" istologicamente diagnosticata;
 - l'anamnesi patologia remota e prossima dell'Assicurato;
 - l'anamnesi familiare, se presenti malattie oncologiche di genitori, fratelli e sorelle con anno di diagnosi e tipo di tumore;
 - prestazione per la quale si richiede l'attivazione della forma diretta (es. intervento chirurgico di o TAC, RMN con mezzo di contrasto) e patologia;
- b. referti di visite mediche specialistiche effettuate;
- c. esiti di esami clinico strumentali (compresi quelli effettuati negli ultimi 2/3 anni, se in possesso);
- d. esiti di esami istologici.

In caso di richiesta di pagamento diretto, successivo alla prima attivazione della polizza che è stata accettata dalla Struttura Operativa:

- a. certificato medico con l'indicazione della prestazione per la quale si richiede l'attivazione della forma diretta (es. intervento chirurgico di, ciclo di nr. 10 chemioterapie o radioterapie, visita specialistica oncologica) e patologia.

La Società, per il tramite della Struttura Operativa, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali.

Qualora non sussistessero i presupposti per autorizzare la forma diretta sulla base della sola documentazione medica inoltrata, la Struttura Operativa non procederà all'autorizzazione preventiva della diretta, ma si riserverà di valutare il sinistro a rimborso come da Art. 30.

La Struttura Operativa, ricevute le informazioni necessarie alla valutazione del sinistro ed esclusivamente se dall'esame della documentazione medica pervenuta il sinistro risulterà indennizzabile a termini di polizza, informerà l'Assicurato e inoltrerà alla Struttura Sanitaria la conferma di autorizzazione ad usufruire delle prestazioni in forma Diretta entro i limiti indicati nel "Modulo di Autorizzazione" che l'Assicurato sarà tenuto a sottoscrivere al momento della accettazione in struttura.

La Società tiene a proprio carico le spese rimborsabili a termini di Polizza secondo le condizioni della convenzione stipulata da IMA Servizi con le strutture sanitarie ed i medici convenzionati.

Restano a carico dell'Assicurato le Franchigie, gli Scoperti, l'eccedenza dei Limiti di rimborso per prestazione eventualmente previsti in Polizza, nonché le prestazioni e le spese non rientranti fra quelle oggetto della convenzione stipulata da IMA Servizi con le strutture sanitarie e medici convenzionati. Restano inoltre a carico dell'Assicurato le prestazioni non indicate o non pertinenti rispetto alla diagnosi indicata da certificato medico e comunicata alla Struttura Operativa all'atto della richiesta di autorizzazione e tutte le prestazioni sanitarie non autorizzate.

Resta inteso che tali prestazioni, solo se oggetto di copertura assicurativa e ritenute rimborsabili a termini di Polizza, saranno rimborsate nelle modalità previste al seguente paragrafo "Forma indiretta".

Il pagamento che la Società avrà effettuato alle strutture sanitarie e ai medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato), solleverà la Società stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato.

La richiesta del pagamento diretto e la conferma da parte della Struttura Operativa, prestata in base alle notizie ed alla documentazione fornite dall'Assicurato, non pregiudicano la valutazione della Società sulla indennizzabilità del sinistro a termini di polizza al ricevimento della documentazione completa.

La Società si riserva la facoltà di rifiutare l'ammissione al pagamento diretto, nonché di richiedere all'Assicurato la restituzione delle somme pagate, nella misura in cui, in base alla polizza, avrebbe avuto diritto di rifiutare o ridurre la prestazione garantita.

Qualora si dovesse successivamente accertare, relativamente all'evento per il quale l'Assicurato ha usufruito del servizio in regime di convenzione diretta, la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, l'Assicurato sarà tenuto a rimborsare alla Società le somme corrisposte a istituti di cura, centri diagnostici o medici convenzionati o a saldare le prestazioni preventivamente autorizzate in forma diretta e non ancora saldate dalla Società, ad istituti di cura, centri diagnostici o medici convenzionati.

Tali circostanze saranno debitamente comunicate all'Assicurato, mediante lettera raccomandata, e lo stesso sarà tenuto a saldare le prestazioni non ancora saldate dalla Società alle strutture del Network Sanitario Convenzionato o a restituire dette somme indebitamente liquidate dalla Società entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento delle stesse. Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, La Società si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Art. 30 Forma Indiretta - Modalità operative e criteri di liquidazione fuori dal Network sanitario convenzionato

Nei casi di:

1. *Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate e di medici non convenzionati*
2. *Utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati*
3. *Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale*

la Società effettua, a cura ultimata, il pagamento di quanto previsto nella scheda di polizza, dietro presentazione, unitamente al modulo di richiesta di rimborso, delle fotocopie delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate e valide ai fini fiscali, riservandosi il diritto di chiedere la documentazione di spesa e medica in originale, qualora lo ritenga necessario, accompagnate dalla documentazione medica giustificativa, dalla quale si evinca la data di insorgenza della malattia, quale a mero titolo esemplificativo:

- a) In caso di prestazioni in regime di ricovero o day hospital:
cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital con o senza intervento chirurgico;
- b) In caso di intervento chirurgico ambulatoriale:
dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- c) In caso di prestazioni in regime ambulatoriale (extraricovero/extraospedaliero):
certificato medico rilasciato dalla specialista che ha in cura l'Assicurato con l'indicazione della prestazione, la patologia per la quale si rende necessaria la prestazione.
- d) In caso di prima attivazione della copertura assicurativa successiva alla prima diagnosi di cancro istologicamente comprovata:
 - I. dettagliata relazione medica, redatta da medico Specialista, che riporta:
 - la data di diagnosi;
 - la data di inizio sintomi e la data di inizio indagini mediche e cliniche che hanno portato alla diagnosi di "**Cancro**";
 - la diagnosi di "**Cancro**" istologicamente accertata;
 - l'anamnesi patologia remota e prossima dell'Assicurato;
 - l'anamnesi familiare, se presenti malattie oncologiche di genitori, fratelli e sorelle con anno di diagnosi e tipo di tumore;
 - prestazione per la quale si richiede il rimborso (es. intervento chirurgico di o TAC, RMN con mezzo di contrasto) e patologia;
 - II. referti di visite mediche specialistiche effettuate;
 - III. esiti di esami clinico strumentali (compresi quelli effettuati negli ultimi 2/3 anni, se in possesso);
 - IV. esiti di esami istologici.

La Società, per il tramite della Struttura Operativa, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali entro 30 giorni dal ricevimento della denuncia di sinistro e/o documentazione relativa al sinistro stesso.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato, beneficiario delle prestazioni: il rimborso avviene in ogni caso a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Ai fini dell'ottenimento del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate dovranno essere accompagnate da

prescrizione medica e corredate dalla relativa diagnosi (definizione della patologia), complete di data di insorgenza della malattia e altra documentazione sanitaria adeguata alla determinazione della stessa, nonché fatturate da Istituto di cura, da Centro medico o da medico specialista. La specializzazione e la prestazione eseguite dovranno essere congrue con la diagnosi certificata.

La Società procederà alla liquidazione del sinistro indennizzabile entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione necessaria per la valutazione del sinistro stesso.

Art. 31 Modalità operativa per il rimborso forfettario per spese funerarie

Al fine di ottenere il rimborso forfettario per le spese funerarie, garanzia prevista al punto 6. dell'Art. 20, gli eredi dell'Assicurato sono tenuti ad inviare alla Struttura Operativa:

- cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di decesso in Struttura Ospedaliera;
- dettagliata relazione medica che attesti la causa del decesso e la scheda Istat nel caso in cui il decesso non sia avvenuto in Struttura Ospedaliera;
- il Certificato di Morte rilasciato dal Comune di Residenza;
- atto notorio o atto sostitutivo di notorietà o testamento;
- copia del codice fiscale, carta d'identità/passaporto dei beneficiari;
- codice IBAN dei beneficiari per l'accredito del bonifico.

In caso di decesso non dipendente da malattia, allegare anche:

- verbale delle autorità intervenute con verbale di chiusura inchiesta;
- referto autoptico se disponibile.

**INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI
AI SENSI DEGLI ARTT. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo
e del Consiglio (di seguito REG. UE)**

La Società Vera Assicurazioni S.p.A. con sede in Via Carlo Ederle n° 45 - 37126 Verona (VR), quale **Titolare dei trattamenti sotto indicati**, premesso che la presente informativa viene rilasciata agli interessati, anche tramite i contraenti/assicurati¹, cui i dati trattati si riferiscono, fornisce le seguenti informazioni.

In particolare, nel caso la comunicazione di dati personali relativi a terzi interessati venga effettuata da parte dei contraenti/assicurati sarà in capo a questi ultimi la responsabilità della suddetta comunicazione essendo tenuti, i medesimi contraenti/assicurati, ad informare e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi al trattamento e alla comunicazione dei loro dati alla Società, per le finalità assicurative dell'interessato.

DATI E FINALITA' DEL TRATTAMENTO

I dati personali identificativi², se necessario le immagini e/o video, dati amministrativi, contabili e fiscali, professionali, commerciali, patrimoniali e reddituali, eventuali dati giudiziari, se richiesto da una norma di legge, e dati relativi alla salute, qualora siano necessari per la corretta esecuzione del contratto o per dar seguito a prescrizioni impartite da disposizioni normative, relativi all'interessato o a terzi³, sono utilizzati in osservanza e nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali:

1. **per finalità assicurative del Titolare** e quindi per l'adempimento agli obblighi pre-contrattuali e contrattuali correlati all'attività assicurativa, nonché per finalità strettamente connesse e strumentali e conseguenti all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, ivi inclusa l'attività liquidativa, riassicurativa e di coassicurazione, ovvero l'accesso a banche dati legittimamente accessibili (quali ad esempio quelle per la valutazione economico/finanziaria del cliente). I dati forniti potranno essere utilizzati per dare attuazione ad obblighi normativi (quali ad esempio attività di antiriciclaggio, antiterrorismo, antifrode, e vigilanza assicurativa) a cui è soggetto il Titolare, oltre che per il perseguimento dei legittimi interessi del Titolare e/o di terzi soggetti (es. coobbligati, altre società del Gruppo, etc.), anche per la gestione di contenziosi e pre-contenziosi, in sede giudiziale, amministrativa, stragiudiziale, negoziale, etc...
2. **per finalità di marketing diretto nella modalità del "soft spam"**⁴ effettuato sulla base di un legittimo interesse da parte del Titolare, così da far conoscere prodotti/servizi analoghi a quelli da Lei già acquistati con l'obiettivo di offrirLe la migliore offerta assicurativa, salvo opposizione⁵ esercitabile dall'interessato.

Previo consenso facoltativo e specifico dell'interessato:

3. **per finalità di marketing e commerciali effettuate dal Titolare**, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto⁶, ai fini, ad esempio, di invio di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario, compimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità del servizio erogato e la soddisfazione del cliente.
4. **per finalità di profilazione commerciale effettuata dal Titolare**, sia con l'intervento umano sia in modalità automatizzata. In particolare, definendo il profilo dell'interessato in base all'analisi dei suoi bisogni, abitudini e consumi al fine di inviare comunicazioni personalizzate e poter offrire proposte coerenti con le sue necessità e caratteristiche.
5. **per l'invio per finalità di marketing, effettuato dal Titolare**, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto, **di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche** (editoria, automotive servizi finanziari, bancari e assicurativi, grande distribuzione, socio-sanitario, *information technology*, telecomunicazioni, trasporti, energia).
6. **per finalità di marketing di altre Società del Gruppo, nonché di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche (sopra indicate al punto 5) ai quali il Titolare potrà comunicare i dati**. Detti soggetti tratteranno i dati per proprie finalità di marketing (effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto, ai fini, ad esempio, di invio di materiale pubblicitario; vendita diretta; compimento di ricerche di mercato; comunicazione commerciale; promozione commerciale), per le quali riceverà dagli stessi, quali Titolari Autonomi di trattamento una separata informativa.

MODALITA' DI TRATTAMENTO E TEMPI DI CONSERVAZIONE

Il trattamento dei dati è eseguito con e/o senza l'ausilio di strumenti elettronici, ad opera di soggetti autorizzati, anche in qualità di Responsabili, ovvero impegnati alla riservatezza.

I dati sono conservati in archivi cartacei ed elettronici con assicurazione di adeguate misure di sicurezza.

I suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi a seconda della finalità per la quale sono trattati dal Titolare, in conformità della normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare:

1. per finalità assicurative per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizione previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore;
2. per finalità di *marketing*, per il periodo necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti e trattati e, comunque, non superiore a 36 mesi dal momento dell'acquisizione del consenso;
3. per finalità di profilazione, per il periodo necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti e trattati e, comunque, non superiore a 24 mesi dal momento della raccolta del dato.

¹ se gli interessati risultano essere persone diverse, anche nel caso in cui siano soggetti diversi da persone fisiche;

² quali ad esempio nome, cognome, codice fiscale, partita iva, indirizzo, e-mail, recapito telefonico, targa/telaio del veicolo o natante, etc;

³ quali ad esempio conviventi, familiari, conducenti, collaboratori, dipendenti, referenti, garanti e coobbligati, etc., ed i cui dati vengono trattati limitatamente alle finalità assicurative;

⁴ invio di posta elettronica senza il previsto consenso per promuovere beni o servizi collegati e simili già venduti al cliente;

⁵ cfr paragrafo "Diritti dell'interessato";

⁶ di cui all'art. 130, I e II comma, del Codice Privacy, tramite attività svolte oltre che con interviste personali, questionari, posta ordinaria, telefono - anche cellulare - tramite operatore o anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, o con strumenti, quali ad esempio, posta elettronica, fax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo, sistemi di messaggistica istantanea e applicazioni web;

COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati possono essere comunicati per la gestione dei rapporti instaurandi/instaurati e per l'effettuazione di adempimenti, ad altre società del Gruppo Cattolica nonché ad altri soggetti del settore assicurativo, quali ad esempio coassicuratori, riassicuratori, broker, intermediari; medici fiduciari, consulenti valutatori e legali; associazioni (es. ANIA) e consorzi del settore assicurativo, IVASS, COVIP e CONSAP, CONSOB, Agenzia delle Entrate e Autorità di Vigilanza e di Controllo, e nell'eventualità INPS; altresì ad altri soggetti, quali ad esempio, quelli che svolgono attività di tutela legale, di revisione, e di informazione commerciale, e di archiviazione documentale etc...

I dati possono essere conosciuti da parte delle altre società del Gruppo Cattolica sulla base di un interesse legittimo a trasmettere dati personali a fini amministrativi interni.

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

TRASFERIMENTO DATI VERSO UN PAESE TERZO E/O UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE E GARANZIE

Di regola, i dati personali trattati non vengono trasferiti in Paesi situati al di fuori dello Spazio Economico Europeo. In via eccezionale, con riferimento alle finalità sopra descritte, i dati potranno essere trasferiti, da parte del Titolare e di altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa, anche in Paesi situati al di fuori dello Spazio Economico Europeo. In ogni caso, il trasferimento dei dati personali avviene nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (ad esempio trasferimento in un Paese che fornisce garanzie adeguate di protezione dei dati ovvero adottando le clausole contrattuali standard approvate dalla Commissione UE).

DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato potrà far valere i propri diritti, rivolgendosi al Titolare del trattamento e per esso al Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) del Gruppo Cattolica con sede in (37126) Verona, Lungadige Cangrande, 16, e-mail dpo@cattolicaassicurazioni.it, espressi dagli artt. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 Reg. UE.

L'interessato può avere la conferma che sia in corso o meno un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni: finalità del trattamento, categorie di dati, destinatari degli stessi, il periodo di conservazione o i criteri per determinarlo. Inoltre, ottenere la rettifica, la cancellazione (oblio), la limitazione al trattamento, la revoca del consenso laddove prestato facoltativamente o può opporsi, in qualsiasi momento, al trattamento nonché le informazioni sull'origine dei dati se non raccolti presso l'interessato e dell'esistenza di un processo decisionale automatizzato o di attività di profilazione.

L'interessato inoltre ha il diritto alla portabilità dei dati, nonché di proporre un reclamo all'autorità di controllo (Garante italiano per la protezione dei dati personali, <https://www.garanteprivacy.it/>).

NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Con riferimento ai dati conferiti per il trattamento di cui al punto 1 del paragrafo "Dati e finalità del trattamento" si segnala che, sebbene il trattamento si basi, a seconda dei casi, su obblighi pre-contrattuali e contrattuali, o su obblighi normativi, viene richiesto esplicitamente il consenso dell'interessato con esclusivo riguardo al trattamento di dati particolari necessari all'instaurazione ed alla gestione del rapporto assicurativo ove richiesti, fermo restando che il mancato conferimento del consenso da parte dell'interessato, potrebbe comportare l'impossibilità per il Titolare di fornire i servizi assicurativi richiesti.

Per il trattamento di cui al punto 2 del paragrafo "Dati e finalità del trattamento", "soft spam" fondato sul legittimo interesse del Titolare, è possibile esercitare, in ogni momento e senza formalità, il diritto di opposizione, con le modalità esplicitate al paragrafo "Diritti dell'interessato", cui si rinvia.

Per i dati conferiti per le finalità di cui ai punti 3, 4, 5, 6 del paragrafo "Dati e finalità del trattamento" la prestazione del consenso è facoltativa, ma in difetto il Titolare, le altre società del Gruppo Cattolica ed i soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate non potranno dar corso alle operazioni di trattamento ivi descritte.

Si precisa che:

- per i trattamenti facoltativi di cui ai punti 3, 4, 5, 6 è possibile esercitare, in ogni momento il diritto di revoca del consenso, con le modalità esplicitate al paragrafo "Diritti dell'interessato", cui si rinvia. Il mancato conferimento dei dati con riferimento a detti trattamenti facoltativi o il mancato consenso agli stessi, comportano solo l'impossibilità per il Titolare e per le altre società del Gruppo Cattolica, e per i soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, di svolgere le relative attività sopradescritte, ma non determinano alcuna conseguenza rispetto alle attività e trattamenti di natura assicurativa e ai rapporti giuridici in corso o in fase di costituzione;
- fermo quanto indicato nel paragrafo "Modalità di Trattamento e tempi di conservazione" detti consensi facoltativi vengono meno solo a seguito di revoca del consenso dell'interessato.

Il Titolare r.l.p.t.

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

Vera Assicurazioni S.p.A. Sede Legale: Via Carlo Ederle 45, 37126 Verona - Italia - Pec veraassicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Cap. Soc. Euro 63.500.000,00 i.v. - C. F. e iscr. Reg. Impr. di VR n. 01979370036 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. Verona Albo Imprese presso IVASS n. 1.00151 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005.

www.veraassicurazioni.it

