Malattie

Contratto di Assicurazione per il Rimborso delle Spese Mediche e per il Ricovero

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO, CONTENENTE:

- **Nota informativa, comprensiva di Glossario;**
- **Condizioni di assicurazione;**

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

MALATTIE/10

Gruppo Aviva

❑ NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

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.

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 dirittto all'indennizzo nonchè la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C..

Art. 4 - Pagamento e frazionamento del premio
I premi devono essere pagati all'Agenzia/Broker alla quale è assegnata la polizza.
Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive alla prima rata, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite. Verificandosi la riattivazione dopo 30 giorni di sospensione, entreranno nuovamente in funzione i termini di 30 giorni e di 300 giorni stabiliti dall'art. 5 che segue.
L'eventuale frazionamento del premio non esonera il Contraente dal pagamento dell'intero premio annuo, da considerarsi a tutti gli effetti unico e indivisibile.

Art. 5 - Decorrenza e scadenza dell'assicurazione
L'assicurazione decorre:
- **per gli infortuni, dalle ore 24 del giorno in cui,** a seguito del pagamento del premio, **ha effetto l'assicurazione;**
- **per le malattie, dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello in cui,** a seguito del pagamento del premio, **ha effetto l'assicurazione;**
- **per l'aborto** (sempreché praticato nei termini consentiti dalla legge) **e per le malattie dipendenti dalla gravidanza, dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello in cui,** a seguito del pagamento del premio, **ha effetto l'assicurazione e purché la gravidanza abbia avuto inizio dopo questa data;**
- **per il parto dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello in cui,** a seguito del pagamento del premio, **ha effetto l'assicurazione.**

In caso di sostituzione o ripresa, senza soluzione di continuità, di altra polizza della Società, nei confronti degli stessi Assicurati i termini di 30 giorni e di 300 giorni di cui sopra operano soltanto in relazione alle nuove garanzie ed alle maggiori somme previste nella nuova polizza.
L'assicurazione, salvo quanto previsto dall'art. 8 - Recesso in caso di sinistro - **scade alle ore 24 del giorno indicato in polizza,** per cui l'assicurazione non vale per alcun indennizzo o rimborso riferiti al periodo successivo alla scadenza di polizza.
Nel solo caso di denuncia del sinistro in corso di contratto e ricovero/intervento relativo, successivo alla scadenza della polizza non rinnovata, l'assicurazione indennizzerà il ricovero/intervento/spese alla condizione che lo stesso sia avvenuto entro i 90 giorni successivi alla data di scadenza della polizza.

Art. 6 - Modifiche dell'assicurazione
Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate dalle Parti per iscritto.

Art. 7 - Rinuncia al diritto di rivalsa
La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa al diritto di rivalsa che le compete ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio.
Tale rinuncia non è operante per i sinistri relativi al rimborso delle spese sostenute previste agli artt. 18.1 e 19.1 - Sezione A - delle Norme che regolano l'Assicurazione Rimborso Spese di Cura.

Art. 8 - Recesso in caso di sinistro (soltanto per i primi due anni)
Limitatamente ai primi due anni di effetto dell'assicurazione, dopo ogni sinistro attinente le garanzie prestate e fino al 90° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo o del rimborso, **il Contraente o la Società possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni a mezzo di comunicazione scritta inviata per raccomandata.**
In caso di recesso la Società rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non usufruito.
L'eventuale pagamento dei premi venuti a scadenza dopo il sinistro non potranno essere interpretati come rinuncia delle Parti a valersi della facoltà di recesso.

Art. 9 - Proroga dell'assicurazione
L'assicurazione non verrà tacitamente prorogata alla sua naturale scadenza. Nei contratti di durata poliennale il Contraente/Assicurato ha facoltà di recedere annualmente senza oneri e con preavviso di 60 giorni mediante lettera raccomandata da inviare alla Società.

Art. 10 - Oneri fiscali
Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione **sono a carico del Contraente.**

Art. 11 - 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. 12 - Indicizzazione
Le somme assicurate ed il premio, salvo sia diversamente convenuto in polizza, **sono soggette ad adeguamento in proporzione delle variazioni percentuali del "numero indice nazionale dei servizi sanitari e spese per la salute" elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica (ISTAT).**
L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione con quello del mese di giugno successivo.
Gli aumenti e le riduzioni sono applicabili a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si verifica la variazione.
Ai successivi adeguamenti si procede analogamente prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni di somme assicurate e di premio.
Prima del termine di ogni periodo assicurativo annuo il Contraente può rinunciare all'adeguamento automatico della polizza con preavviso di 15 gg., a mezzo lettera raccomandata. Se il Contraente si avvale di detta facoltà, le somme assicurate ed il premio rimangono quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

Art. 13 - Estensione territoriale
L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 14 - Cessazione dell'assicurazione

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione dell'Assicurato di non essere affetto da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o sieropositività da HIV, insulinodipendenza, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato stesso. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti, si applica quanto disposto dall'Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso del contratto, costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'Art.1898 del C.C., indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato stesso; si applica in questo caso la disciplina prevista da tale articolo.

❑ NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

Art. 15 - Denuncia del sinistro e obblighi relativi

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia/Broker alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società **entro tre giorni da quando ne ha avuto la possibilità.**

L'Assicurato **deve sottoporsi** in qualsiasi momento, **su richiesta della Società, agli accertamenti e controlli medici necessari,** fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 16 - Arbitrato

In caso di controversie di natura medica, sulla natura della malattia o infortunio o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici nonchè sui criteri di indennizzabilità di cui all'Art. 17, 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.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo della malattia o infortunio 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.

Art. 17 - Criteri di liquidazione dell'indennizzo o del rimborso

La Società corrisponde l'indennizzo o il rimborso a cura ultimata, su presentazione degli originali della seguente documentazione:

- certificato medico attestante la malattia o l'infortunio, la richiesta di visite, di esami diagnostici, di ricovero, di day hospital o di intervento chirurgico;
- referti medici e ogni altra documentazione sanitaria giustificativa (risultati diagnostici, cartella clinica, ecc.);
- fatture, notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate;
- stato di famiglia del Contraente o dell'Assicurato o dichiarazione sostitutiva (limitatamente per la garanzia "Rimborso spese di cura" quando la somma assicurata è a disposizione del nucleo familiare).

In caso di rimborso, se l'Assicurato ricorra alle strutture convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale o si avvalga di Enti o Fondi, presenterà la relativa documentazione di spesa in originale per le spese sostenute e rimaste a suo carico.

Gli indennizzi e i rimborsi verranno effettuati in Italia in euro.

SEZIONE A NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE DI CURA

GARANZIA BASE

Art. 18 - RIMBORSO SPESE DI CURA

Art. 18.1 - Oggetto dell'assicurazione

La Società rimborsa all'Assicurato fino a concorrenza della somma assicurata **per anno assicurativo e per persona o per nucleo familiare,** in base a quanto scelto dal Contraente nella scheda di polizza (mod. 12535) :

a) **nei casi di ricovero con o senza intervento chirurgico, intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o pronto soccorso e degenza in day hospital, resi necessari da malattia o infortunio,** le spese sostenute:

❑ **durante il ricovero, il day hospital e l'intervento chirurgico per:**
- onorari dell'équipe chirurgica, diritti di sala operatoria e materiale di intervento (compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento chirurgico);
- assistenza medica, infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
- rette di degenza;
- rette di vitto e pernottamento in istituto di cura di un eventuale accompagnatore dell'Assicurato;
- il ricovero del donatore dell'organo trapiantato all'Assicurato;

❑ **prima e dopo il ricovero, il day hospital e l'intervento chirurgico per:**
- accertamenti diagnostici, onorari medici, trasporto in autoambulanza all'istituto di cura, all'ambulatorio o al pronto soccorso, **effettuati nei 100 giorni prima** della data del sinistro e **purchè riferiti alla stessa malattia o allo stesso infortunio;**
- esami, acquisto di medicinali, onorari medici, prestazioni medico-chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici, rieducativi, chiroterapici, di agopuntura ed elettroagopuntura praticate da medici regolarmente iscritti all'Albo, acquisti di apparecchi protesici e terapeutici in caso di infortunio che comporti perdite anatomiche o funzionali, **effettuati nei 100 giorni successivi** a quello delle prime dimissioni dall'istituto di cura o a quello del primo intervento chirurgico **purchè inerenti e conseguenti alla stessa malattia o allo stesso infortunio;**

b) **per parto cesareo e aborto terapeutico o spontaneo - praticato nei termini di legge - comportanti il ricovero, fino ad un massimo di € 5.000,00 per persona e per anno assicurativo,** le spese sostenute:

❑ **durante il ricovero per:**
- onorari dell'équipe chirurgica, diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- assistenza medica, infermieristica, cure, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
- rette di degenza;
- rette di vitto e pernottamento in istituto di cura di un eventuale accompagnatore dell'Assicurato;

c) **per parto cesareo e aborto terapeutico o spontaneo - praticato nei termini di legge - comportanti il ricovero, fino ad un massimo di € 1.000,00 per persona e per anno assicurativo,** le spese sostenute:

❑ **durante il ricovero per:**
- accertamenti diagnostici, onorari medici, trasporto in autoambulanza all'istituto di cura, all'ambulatorio o al pronto soccorso, effettuati nei 30 giorni prima della data del sinistro e purché riferiti allo stesso parto cesareo o aborto terapeutico o spontaneo;

- esami, acquisto di medicinali, onorari medici, prestazioni medico-chirurgiche, infermieristiche, effettuati nei 30 giorni successivi a quello delle prime dimissioni dall'istituto di cura inerenti e conseguenti allo stesso parto cesareo o aborto terapeutico o spontaneo;

d) per parto non cesareo (anche se avvenuto a domicilio) e malattie dipendenti dalla gravidanza comportanti il ricovero, fino ad un massimo di € 3.000,00 per persona e per anno assicurativo, le spese sostenute:

❑ **durante il ricovero per:**
- onorari medici, diritti di sala operatoria;
- assistenza medica, infermieristica, cure, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
- rette di degenza;
- rette di vitto e pernottamento in istituto di cura di un eventuale accompagnatore dell'Assicurato;

❑ **prima del ricovero per:**
- trasporto in autoambulanza all'istituto di cura.

Art. 18.2 - Forma assicurativa

a) **Completa**
La forma assicurativa che rimborsa integralmente le spese previste al precedente articolo 18.1 sostenute dall'Assicurato.

b) **Ridotta**
La forma assicurativa che rimborsa l'80% delle spese previste al precedente articolo 18.1 sostenute dall'Assicurato lasciando a carico dello stesso il restante 20%.

Art. 18.3 - Diaria sostitutiva

Qualora, in caso di sinistro che comporti un ricovero o un day hospital, l'Assicurato:
- non richieda il rimborso delle spese sostenute previste al precedente articolo 18.1;
- ricorra all'assistenza del Servizio Sanitario Nazionale o di altro Ente o Fondo e non sostenga alcuna spesa prevista al precedente articolo 18.1; la Società indennizza - fino a concorrenza della somma assicurata - una diaria di € 120,00 per ogni giorno di ricovero e di € 60,00 in caso di day hospital per la durata massima di 100 giorni per persona e per anno assicurativo.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora di ricovero e di dimissione.

Art. 18.4 - Anticipo rimborso

Qualora l'ammontare delle spese rimborsabili nei casi previsti dalla lettera a) dell'art. 18.1 non sia inferiore a € 2.500,00, l'Assicurato può richiedere l'anticipo del rimborso – non prima di 30 giorni dalla data di avvenimento del sinistro – in misura non superiore al 50% delle spese stesse, previa presentazione alla Società di certificazione medica provvisoria dell'istituto di cura che attesti:
- la natura della malattia o dell'infortunio;
- la data del ricovero, del day hospital e dell'intervento chirurgico;
- il presunto ammontare delle spese rimborsabili.

Al termine del sinistro si procede al conguaglio attivo o passivo.
Resta convenuto che, qualora dall'esame della cartella clinica o di altra documentazione medica, si rilevi a posteriori che l'assicurazione non era operante oppure non si sia verificato il sinistro, l'Assicurato si impegna a restituire alla Società l'importo da questa liquidato entro 30 giorni dalla data in cui la Società stessa ne faccia richiesta.

Art. 18.5 - Limite di età

L'Assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni.
Tuttavia per le persone che raggiungano tale età nel corso del contratto l'Assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del 75esimo anno di età dell'Assicurato.

GARANZIE OPZIONALI

Art. 19 - ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Art. 19.1 - Oggetto dell'assicurazione

La Società rimborsa all'Assicurato fino a concorrenza della somma assicurata per persona o per nucleo familiare, in base a quanto scelto dal Contraente sulla scheda di polizza (mod. 12535), le spese sostenute per accertamenti diagnostici a seguito di malattia (presunta o accertata) o infortunio.

Dalla presente garanzia sono escluse le spese per :

- esami del sangue, delle urine e delle feci;
- visite mediche generiche e specialistiche di ogni natura, PapTest, nonché i check-up di medicina preventiva;
- malattie dipendenti dalla gravidanza;
- accertamenti diagnostici eseguiti durante un ricovero o un day hospital.

Art. 19.2 - Liquidazione indennizzo

La Società rimborsa l'80% delle spese previste al precedente articolo 19.1 sostenute dall'Assicurato lasciando a carico dello stesso il restante 20% con il minimo di € 50,00 per ogni sinistro.

NORME COMUNI ALLA GARANZIA BASE E ALLA GARANZIA OPZIONALE

Art. 20 - ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per i sinistri relativi a:

a) **conseguenze di malattie (presunte o accertate), infortuni, difetti fisici, malformazioni e stati patologici conosciuti o che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla data di stipulazione della polizza e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;**
b) **eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della polizza;**
c) **comportamenti nevrotici nonché gli esaurimenti nervosi;**
d) **malattie e infortuni conseguenti ad azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;**
e) **infortuni e malattie conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;**
f) **correzione della miopia, astigmatismo, ipermetropia;**
g) **infortuni derivanti dalla guida o uso di mezzi subacquei, di deltaplani, di ultraleggeri, di parapendio e simili;**
h) **infortuni derivanti dall'uso di veicoli o natanti a motore in competizioni e relative prove ed allenamenti e dalla pratica di sport aerei;**
i) **interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;**
l) **prestazioni per la diagnosi e trattamenti della sterilità e dell'impotenza nonché la fecondazione artificiale;**
m) **prestazioni aventi finalità dietologica o estetica (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva, resi necessari da malattia o infortunio, compreso l'apparato dentario solo se resi necessari da infortunio) e la liposuzione;**
n) **prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale quali ad esempio quelle omeopatiche e fitoterapiche (salvo quanto previsto dall'art. 18.1 lettera a);**
o) **cure dentarie ed ortodontiche, paradontopatie e protesi dentarie;**
p) **accertamenti diagnostici non resi necessari da malattia o infortunio (check-up);**

q) **conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e 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 per terapie mediche;**

r) **conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche, inondazioni ed altre calamità naturali.**

SEZIONE B NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DIARIA DI RICOVERO COMPLETA

GARANZIA BASE

Art. 21 - DIARIA DI RICOVERO

Art. 21.1 - Oggetto dell'assicurazione

La Società indennizza all'Assicurato:

a) la diaria assicurata nei casi di ricovero per:
   - malattia;
   - infortunio;
   - parto con o senza taglio cesareo;
   - aborto terapeutico o spontaneo praticato nei termini di legge;

b) il 50% della diaria assicurata nei casi di day hospital per:
   - malattia;
   - infortunio;

per una durata massima di 365 giorni per sinistro e per anno assicurativo.
La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

Art. 21.2 - Limite di età
L'Assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni.
Tuttavia per le persone che raggiungano tale età nel corso del contratto l'Assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del 75esimo anno di età dell'Assicurato.
Per la garanzia opzionale Diaria Convalescenza non sono assicurabili le persone di età inferiore ai 15 anni e superiore ai 70 anni.
Per la garanzia opzionale Diaria Malattie Oncologiche non sono assicurabili le persone di età superiore ai 74 anni.

GARANZIE OPZIONALI

Art. 22 - DIARIA DI CONVALESCENZA

Art. 22.1 - Oggetto dell'assicurazione

La Società corrisponde all'Assicurato la diaria assicurata, successivamente ad un ricovero indennizzabile a termini di polizza, per:

- malattia;
- infortunio;

per una durata massima di 30 giorni per sinistro e di 90 giorni per anno assicurativo, a decorrere dal giorno della dimissione compreso.
La corresponsione della diaria convalescenza **avviene in base alla certificazione,** attinente alla stessa malattia o infortunio oggetto del ricovero, **rilasciata dall'istituto di cura al momento della dimissione o dal medico curante.**

La diaria convalescenza non viene riconosciuta nei casi di:
- **parto con o senza taglio cesareo;**
- **aborto terapeutico o spontaneo;**
- **malattie della gravidanza e del puerperio;**
- **day hospital.**

Art. 23 - DIARIA MALATTIE ONCOLOGICHE

Art. 23.1 - Oggetto dell'assicurazione
La Società corrisponde all'Assicurato, **successivamente ad un ricovero** per malattia oncologica indennizzabile a termini di polizza, la diaria assicurata per ciascun giorno in cui vengono effettuate una o più delle seguenti terapie:
- chemioterapia
- cobaltoterapia
- radioterapia

per una durata massima di 30 giorni per sinistro e per anno assicurativo.
La diaria assicurata viene riconosciuta per le terapie eseguite esclusivamente al di fuori del ricovero e purché praticate entro 270 giorni dalla data di dimissione del primo ricovero in cui è stata diagnosticata una malattia oncologica.

NORME COMUNI ALLA GARANZIA BASE E ALLE GARANZIE OPZIONALI

Art. 24 - Cumulo di indennizzi
L'indennizzo della garanzia base diaria ricovero **non è cumulabile con quello della garanzia opzionale diaria convalescenza.**
Gli indennizzi delle garanzie opzionali diaria convalescenza e diaria malattie oncologiche sono cumulabili tra loro.

Art. 25 - ESCLUSIONI
L'assicurazione **non è operante** per i sinistri relativi a:
a) **conseguenze di malattie (presunte o accertate), infortuni, malformazioni e stati patologici conosciuti o che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla data di stipulazione della polizza e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;**
b) **eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della polizza;**
c) **comportamenti nevrotici nonché gli esaurimenti nervosi;**
d) **malattie e infortuni conseguenti ad azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;**
e) **infortuni e malattie conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;**
f) **correzione della miopia, astigmatismo, ipermetropia;**
g) **infortuni derivanti dalla guida o uso di mezzi subacquei, di deltaplani, di ultraleggeri, di parapendio e simili;**
h) **infortuni derivanti dall'uso di veicoli o natanti a motore in competizioni e relative prove ed allenamenti e dalla pratica di sport aerei;**
i) **interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;**
l) **prestazioni per la diagnosi e trattamenti della sterilità e dell'impotenza nonché la fecondazione artificiale;**

m) **prestazioni aventi finalità dietologica o estetica** (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva, resi necessari da malattia o infortunio, compreso l'apparato dentario solo se resi necessari da infortunio) **e la liposuzione;**

n) **prestazioni e terapie in genere non riconosciute dalla medicina ufficiale quali ad esempio quelle omeopatiche, fitoterapiche e l'agopuntura;**

o) **cure dentarie ed ortodontiche, paradontopatie e protesi dentarie;**

p) **accertamenti diagnostici non resi necessari da malattia o infortunio (check-up);**

q) **conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e 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 per terapie mediche;**

r) **conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche, inondazioni ed altre calamità naturali.**

SEZIONE C NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DIARIA DI RICOVERO DA MALATTIE

GARANZIA BASE

Art. 26 - DIARIA DI RICOVERO DA MALATTIE

Art. 26.1 - Oggetto dell'assicurazione

La Società indennizza all'Assicurato la diaria assicurata nei casi di ricovero per:

- malattia;
- parto con taglio cesareo;

per un massimo di 365 giorni per sinistro e per anno assicurativo.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

Art. 26.2 - Limite di età

L'Assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 65 anni.

Tuttavia per le persone che raggiungano tale età nel corso del contratto l'Assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del 65esimo anno di età dell'Assicurato.

Art. 27 - ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per i sinistri relativi a:

a) **conseguenze di malattie (presunte o accertate), malformazioni e stati patologici conosciuti o che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla data di stipulazione della polizza e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;**
b) **eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della polizza;**
c) **comportamenti nevrotici nonché gli esaurimenti nervosi;**
d) **malattie conseguenti ad azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;**
e) **malattie conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;**
f) **correzione della miopia, astigmatismo, ipermetropia;**
g) **parto senza taglio cesareo, aborto in genere e malattie della gravidanza e del puerperio;**
h) **prestazioni per la diagnosi e trattamenti della sterilità e dell'impotenza nonché la fecondazione artificiale;**
i) **prestazioni aventi finalità dietologica o estetica** (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva, resi necessari da malattia) **e la liposuzione;**
l) **prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale quali ad esempio quelle omeopatiche, fitoterapiche e l'agopuntura;**
m) **cure dentarie ed ortodontiche, paradontopatie e protesi dentarie;**
n) **accertamenti diagnostici non resi necessari da malattia (check-up);**
o) **conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e 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 per terapie mediche;**
p) **conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche, inondazioni ed altre calamità naturali.**

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D.L. 30.06.03 N. 196

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo del 30.06.2003 N. 196 (di seguito denominata Legge), ed in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/Vi informiamo di quanto segue:

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

a) è diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
b) può anche essere diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi della Società stessa.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a), della Legge: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/ interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/ distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela;
b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e da soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili e/o incaricati del trattamento, nonché da società di servizi, in qualità di responsabili e/o incaricati del trattamento.

3. CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile);
b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso.

4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali:

a) nei casi in cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
b) nel caso in cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

a) i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione);
b) inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b), a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), nonché ad agenti o mediatori di assicurazione.

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

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

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Gli artt. 7 e 10 della Legge conferiscono all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e laloro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e della finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

9. TITOLARE E RESPONSABILE/I DEL TRATTAMENTO

L'Amministratore Delegato, pro tempore, è titolare del trattamento dei dati personali per l'area industriale assicurativa.

Ultimo aggiornamento dati 01/10/2013

Aviva Italia S.p.A.
Via A. Scarsellini 14 20161 Milano
www.avivaitalia.it
Tel. +39 02 2775.1
Fax +39 02 2775.204

Aviva Italia S.p.A. è una società del Gruppo Aviva

Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Capitale Sociale Euro 45.684.400,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1277308 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 09197520159 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 18652 del 09/10/1990 (Gazzetta Ufficiale n. 247 del 22/10/1990) e con Provv. ISVAP n. 2282 del 25/05/2004 (Gazzetta Ufficiale n. 128 del 03/06/2004) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00091 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00005

Mod. 12542 - 4.000 - 10/2013 - GMG