



Harmonie
mutuelle
Italia

CONTRATTO ASSICURATIVO

Copertura Rimborso Spese Mediche

Protezione Salute 3.1

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA
LEGGERE ATTENTAMENTE LE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE 3.1

Nel presente documento sono contenuti:

- **Documento Informativo precontrattuale;**
- **Documento Informativo precontrattuale Aggiuntivo;**
- **Condizioni Generali di assicurazione comprensive di Glossario;**
- **Fac-Simile del Modulo di Adesione comprensivo dell'Informativa privacy;**
- **Fac-simile modello di reclamo**

AVVERTENZA:

il Set. Informativo deve essere consegnato all'assicurato prima dell'adesione alla polizza collettiva

I testi delle condizioni di assicurazione sono stati realizzati con l'obiettivo di facilitarne la lettura e la consultazione utilizzando un linguaggio il più possibile semplice e di utilizzo comune.

HARMONIE MUTUELLE ITALIA è la sede secondaria di «HARMONIE MUTUELLE», ente mutualistico francese, regolato dal Libro II del Codice della Mutualità francese, iscritta al registro nazionale delle mutue (R.N.M.) con sede a Parigi (Francia), 143 rue Blomet.

HARMONIE MUTUELLE sede secondaria, Esercita in Italia l'attività di assicurazione in regime di stabilimento ed è sottoposta alla vigilanza dell'autorità di controllo francese e dell'IVASS, con Codice IVASS Impresa: D915R. E' iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione alla Sez. II – elenco I – provvedimento IVASS n. I.00114 del 22/03/2013 Posta elettronica certificata (PEC): harmoniemutuelle@legalmail.it. L'ammontare del patrimonio netto è pari a Euro 3.242.903.130 di cui Euro 1.567.313.242 di riserve patrimoniali. L'indice di solvibilità, ovvero l'indice che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, e relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari al 301%.

Documento Informativo Precontrattuale

per prodotti assicurativi danni (DIP)

Copertura Rimborso Spese Mediche



Compagnia di Assicurazione: Harmonie Mutuelle

Harmonie Mutuelle: CF 08186860964 - PI 08186860964, con sede legale in Parigi, Rue Blomet, 143 Francia e sede secondaria Via Leone XIII, 14 20145 Milano

Harmonie Mutuelle esercita l'attività di assicurazione in regime di stabilimento in Italia ed è sottoposta alla vigilanza dell'autorità di controllo francese e dell'IVASS con Codice IVASS Impresa: D915R; è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione alla Sezione II – elenco I – con il provvedimento IVASS n. I.00114 del 22/03/2013

Prodotto: Protezione Salute 3.1

Il presente DIP aggiuntivo Danni è stato redatto a Milano a Marzo 2022 ed è l'ultimo disponibile

Le informazioni fornite in questo documento rappresentano un riassunto delle caratteristiche principali e delle esclusioni di polizza e non sono parte del contratto in essere tra le Parti. L'informativa contrattuale e precontrattuale completa del prodotto sarà fornita con i documenti di polizza.

Di che tipo di assicurazione si tratta?

L'assicurazione prevede il rimborso delle spese sanitarie sostenute dagli assicurati in conseguenza di infortunio o malattia, secondo l'opzione di garanzia prescelta.



Cosa è incluso in copertura?

Oggetto della presente polizza è l'assicurazione del rimborso delle spese sanitarie sostenute dagli assicurati in conseguenza di infortunio o malattia.

- ✓ RICOVERO CON/SENZA INTERVENTO, DAY HOSPITAL E/O DAY SURGERY
- ✓ GRANDE INTERVENTO
- ✓ INDENNITÀ SOSTITUTIVA
- ✓ DIAGNOSTICA E TERAPIE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
- ✓ DIAGNOSTICA DIVERSA DA ALTA SPECIALIZZAZIONE
- ✓ VISITE SPECIALISTICHE
- ✓ MEDICINA ALTERNATIVA O COMPLEMENTARE -TRATTAMENTI OSTEOPATICI
- ✓ CURE DENTARIE
- ✓ LENTI
- ✓ TICKET
- ✓ TERAPIE FISICHE
- ✓ MALATTIA ONCOLOGICA

GARANZIE AGGIUNTIVE:

- ✓ CHECK UP CLINICO
- ✓ DIARIA
- ✓ NON AUTOSUFFICIENZA



Cosa non è incluso in copertura?

- ✗ Tenuto conto delle differenti schede riassuntive opzioni di garanzia a disposizione dell'assicurato le esclusioni seguiranno i limiti e i massimali della copertura prescelta.



Ci sono dei limiti alla copertura?

- ! L'assicurazione può essere stipulata fino al raggiungimento dell'ottantesimo anno di età.
- ! Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentali, tossicodipendenza, delirium tremens, alcoolismo e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.
- ! Periodo di carenza – Per gruppi di massimo 10 assicurati che abbiano rapporti con la Contraente è prevista l'applicazione di un periodo di carenza e le garanzie decorreranno dalle seguenti date :
 - dopo 30 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per le malattie;
 - dopo 30 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per le visite mediche specialistiche e gli accertamenti diagnostici extra ricovero;
 - dopo 60 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per l'aborto terapeutico e le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio;
 - dopo 150 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per le spese dentarie;
 - dopo 180 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per le malattie pregresse;
 - dopo 300 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per il parto.

LIMITATAMENTE ALLA SEZIONE NON AUTOSUFFICIENZA

Possono essere inseriti in copertura solo i soggetti indicati in Polizza e che abbiano un'età compresa tra i 18 e i 74 anni. Nel caso in cui la Contraente abbia un gruppo di assicurati inferiore a cinquanta, la garanzia decorre:

- A) Dalla data di decorrenza del Contratto di assicurazione nel caso di non autosufficienza conseguente a infortunio;
- B) Dopo sei mesi dalla data di decorrenza del Contratto di Assicurazione nel caso di non autosufficienza conseguente a cause diverse da quelle specificate ai precedenti punti A.



Dove è attiva la copertura?

- L'assicurazione vale per il mondo intero, con l'intesa che i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano Cambi. L'assicurazione è operante a favore delle persone fisiche nominativamente comunicate dalla Contraente che risultano stabilmente residenti in Italia o che si recano all'estero per ragioni di lavoro o diporto per non più di 60 giorni all'anno continuativi.



Quali sono i doveri dell'assicurato?

- Fornire risposte complete ed accurate alle domande poste dalla Compagnia.
- Comunicare a mezzo PEC o A/R qualsivoglia evento che apporti una modifica alle condizioni contrattuali pattuite all'atto della sottoscrizione del contratto.



Quando e come pagare il premio?

- Il premio stabilito si intende comprensivo di imposte. E' riportato sul frontespizio del certificato di polizza ed è commisurato al prodotto scelto dall'aderente.
- Il premio stabilito viene versato dal Contraente in via anticipata per tutti i nominativi inizialmente comunicati ed è dovuto per intero. Il premio può essere frazionato previa conferma da parte della Società. In ogni caso non sono ammesse più di due rate annuali.
- Il pagamento del premio deve sempre esser versato alla Direzione della Società, esclusivamente a mezzo bonifico bancario sulle coordinate previste in polizza. Ove sia prevista l'intermediazione della polizza, i premi dovranno, invece, essere versati all'Intermediario Assicurativo.



Quando inizia e finisce la copertura?

- La decorrenza e la scadenza della copertura assicurativa sono indicati in Polizza. La comunicazione di incasso da parte del Contraente o intermediario, relativa al premio o la prima rata di premio, deve pervenire entro e non oltre il termine di mora pari a 30 giorni; in mancanza la copertura ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice civile.
- In mancanza di disdetta data da una delle Parti Contraenti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per una durata uguale a quella originaria, esclusa la frazione di anno. La disdetta del contratto comporta la cessazione delle garanzie assicurative per tutti gli Assicurati.



Come posso disdire la polizza?

- Il contratto di polizza ha durata annuale tacitamente rinnovabile per lo stesso periodo, salvo disdetta data da una delle Parti con preavviso di 30 giorni prima della scadenza mediante lettera raccomandata A/R o a mezzo pec.
- La disdetta del contratto comporta la cessazione delle garanzie assicurative per tutti gli Assicurati. Ai fini del presente contratto farà fede la data di spedizione come da timbro dell'Ufficio Postale o data di invio del fax/PEC.
- La Contraente, entro e non oltre 30 giorni dalla sottoscrizione della Polizza, ha facoltà di recedere dalla stessa mediante l'invio di lettera raccomandata A/R e comunicazione a mezzo PEC; in tale caso, la Compagnia e il Contraente sono liberi da ogni obbligo contrattuale dalle ore 24.00 del giorno dell'invio della lettera di recesso (farà fede il timbro postale della data d'invio).

Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni): Copertura Rimborso Spese Mediche



Compagnia: Harmonie Mutuelle
Società costituita in base a leggi di altro Stato

Prodotto: Protezione Salute 3.1

Il presente DIP aggiuntivo Danni è stato redatto a Milano a Marzo 2022 ed 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.

Harmonie Mutuelle

sede legale: Parigi, Rue Blomet, 143 Francia

sede secondaria: Via Leone XIII, 14 20145 Milano

Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964,

Repertorio Economico Amministrativo (REA): MI – 2008684 –

E- Mail: info@harmoniemutuelleitalia.it

Posta elettronica certificata (PEC): harmoniemutuelle@legalmail.it

Sito Internet: <http://www.harmonie-mutuelle-italia.it>

La società esercita l'attività di assicurazione in regime di stabilimento in Italia ed è sottoposta alla vigilanza dell'autorità di controllo francese e dell'IVASS con codice Impresa: D915R; è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione alla Sezione II – elenco I – con il provvedimento IVASS n. I.00114 del 22/03/2013.

L'ammontare del patrimonio netto alla data del 31 dicembre 2020 è pari a Euro 3.242.903.130 di cui Euro 1.567.313.242 di riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità, ovvero l'indice che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, e relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari al 301%.

Al presente contratto si applica la Legge Italiana.



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

La presente copertura prevede il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato a seguito di Malattia o Infortunio, fino alla concorrenza dei massimali previsti e con i limiti indicati nei Quadri prescelti.

Garanzie ospedaliere

A).1 Ricovero in Istituto di cura e/o Intervento Chirurgico

Sono compresi in garanzia:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio);
- diritti di sala operatoria;
- materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici e fisioterapici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento (endoprotesi);
- assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero e alla patologia che comporta il ricovero;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici nei giorni precedenti l'inizio del ricovero, nonché per le prestazioni sanitarie nei giorni successivi alla cessazione del ricovero stesso (visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni chirurgiche e infermieristiche, terapie), purché correlate all'intervento. Si intendono comunque compresi anche i ricoveri per cure, accertamenti e interventi preparatori all'intervento principale o da questo resi necessari e comunque a esso connessi;
- retta di degenza. Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie;
- retta per l'accompagnatore in Istituto di cura o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera;
- spese di assistenza infermieristica individuale privata;
- viaggio e trasporto dell'Assicurato e dell'Accompagnatore al e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro il trasporto è rimborsabile se effettuato con il mezzo di trasporto più idoneo.

Si precisa che in caso di trapianto d'organi o parte di essi sull'Assicurato sono comprese anche:

- le spese relative al prelievo sul donatore comprese quelle per il trasporto dell'organo;
- nel caso di donazione da vivente, le spese effettuate durante il ricovero del donatore

Sono altresì indennizzate, sia in forma diretta che in forma a rimborso, sempre entro il limite del massimale previsto per la garanzia "Ospedaliere":

- **Parto cesareo**
- **Parto naturale**
- **Aborto terapeutico o post-traumatico.**
- **Interventi Ambulatoriali e Day Hospital**

Sono indennizzate, sia in forma diretta che in forma a rimborso, le spese sostenute in caso di Interventi Ambulatoriali e Day Hospital (con e senza Intervento chirurgico – Day Surgery) con il limite per evento indicato nei Quadri Sinottici prescelti.

- **Terapie in regime di ricovero o di Day Hospital**

Sono indennizzate, sia in forma diretta che in forma a rimborso, le spese sostenute per Terapie, sostenute in regime di ricovero o di Day Hospital, con il limite per anno e per nucleo familiare indicato nei Quadri Sinottici prescelti.

<p>Garanzie ospedaliere</p>	<p>A).2 Raddoppio del massimale per "G.I.C. Grandi interventi Chirurgici" Nel caso in cui l'Assicurato subisca un «Grande Intervento Chirurgico», sulla base dell'Opzione di Garanzia del Quadro Sinottico scelto all'atto della sottoscrizione della copertura, il massimale previsto per le garanzie di cui al precedente punto A).1, deve intendersi raddoppiato con i limiti indicati nel suddetto Quadro Sinottico. Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" quelli definiti nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992.</p> <p>A).3 Intervento Chirurgico per Correzione Difetti Visivi A parziale deroga di quanto previsto dall'art.3.1 Esclusioni lettera m, la copertura è estesa alle spese mediche sostenute per interventi chirurgici finalizzati a correggere i vizi di refrazione (miopia, ipermetropia, astigmatismo, presbiopia) purché conseguenti a riduzione del visus, con il limite indicato nei Quadri Sinottici prescelti. In particolare, saranno oggetto di indennizzo le spese inerenti alla chirurgia refrattiva e i trattamenti con laser eccimeri limitatamente a quelli effettuati: a. In caso di anisometropia superiore a tre diottrie; b. In caso di deficit visivo pari o superiore a cinque diottrie per ciascun occhio</p> <p>A).4 Indennità sostitutiva In alternativa a quanto previsto al punto A).1, sempreché indennizzabili ai sensi di polizza, qualora l'Assicurato non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità per ogni giorno di ricovero con pernottamento. Ai fini del calcolo dei giorni, il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.</p>
<p>Garanzie extraospedaliere</p>	<p>In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Società assicura le prestazioni sotto riportate, non rientranti in altre garanzie, rese necessarie dall'infortunio o dalla malattia, ancorché sospetta, denunciati con le modalità, i termini ed i limiti previsti dalle presenti Condizioni di Assicurazione e dalla Scheda riassuntiva opzione di garanzia.</p> <p>B).1 Diagnostica e Terapie di Alta Specializzazione In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Società paga le spese sostenute per gli accertamenti diagnostici e le terapie per le prestazioni di cui all'Allegato 2, resi necessari dall'infortunio o dalla malattia, ancorché sospetta, denunciati e non rientranti in altre garanzie. Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale indicato nei limiti del Quadro Sinottico scelto, per ciascun periodo assicurativo e per Assicurato/Nucleo familiare, previa applicazione - per ciascun sinistro - degli scoperti/franchigie disciplinati nello stesso. La presente garanzia viene prestata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in forma diretta, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici, chirurghi e professionisti abilitati entrambi convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'Art.4.1. Obblighi in caso di sinistro Forma "Diretta"; - in forma a rimborso, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici e professionisti abilitati non convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'Art.4.1 Obblighi in caso di sinistro Forma "Indiretta"; - In forma mista, qualora l'equipe medica/chirurgica non sia convenzionata, la Centrale Operativa autorizzerà le spese riferite alla Casa di Cura prescelta, mentre gli onorari dell'equipe medico/chirurgica verranno saldati direttamente dall'Assicurato all'atto delle dimissioni, salvo successivo rimborso da parte della Società secondo quanto previsto dalla presente polizza. <p>B).2 Diagnostica Diversa da Alta Specializzazione In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Società rimborsa le spese sostenute per accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio resi necessari dall'infortunio o dalla malattia, ancorché sospetta, denunciati e non rientranti in altre garanzie. Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.</p>

<p>Garanzie extraospedaliere</p>	<p>La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale indicato nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia, per ciascun periodo assicurativo e per Assicurato/nucleo familiare, previa applicazione degli scoperti/franchigie disciplinati nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia, che rimangono a carico dell'Assicurato per ogni accertamento o per ogni serie di accertamenti previsti da un'unica prescrizione medica. La presente garanzia viene prestata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in forma diretta, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici, chirurghi e professionisti abilitati entrambi convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'Art.4.1. Obblighi in caso di sinistro Forma "Diretta"; - in forma a rimborso, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici e professionisti abilitati non convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'Art.4.1. Obblighi in caso di sinistro Forma "Indiretta"; - in forma mista, qualora l'equipe medica/chirurgica non sia convenzionata, la Centrale Operativa autorizzerà le spese riferite alla Casa di Cura prescelta, mentre gli onorari dell'equipe medico/chirurgica verranno saldati direttamente dall'Assicurato all'atto delle dimissioni, salvo successivo rimborso da parte della Società secondo quanto previsto dalla presente polizza. <p>B).3 Visite Specialistiche</p> <p>In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Società rimborsa le spese sostenute per le visite specialistiche trattamenti fisioterapici e noleggio di apparecchiature per trattamenti fisioterapici, rese necessarie dall'infortunio o dalla malattia, ancorché sospetta, denunciati e non rientranti in altre garanzie. La prestazione in ogni caso non opera per le visite odontoiatriche ed ortodontiche. La garanzia è prestata fino alla concorrenza e nell'ambito del massimale previsto dal Quadro Sinottico scelto, per ciascun periodo assicurativo e per Assicurato/nucleo familiare, previa applicazione degli scoperti e/o franchigie disciplinati dal Quadro Sinottico scelto, che rimangono a carico dell'Assicurato per ogni visita o per ogni serie di visite previsti da un'unica prescrizione medica, con le seguenti precisazioni: qualora alla visita specialistica facciano seguito accertamenti diagnostici di cui ai punti B).1 e B).2 prescritti dal medesimo specialista e l'Assicurato presenti la richiesta di rimborso in un'unica soluzione, la franchigia minima si applica una sola volta.</p> <p>La presente garanzia viene prestata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in forma diretta, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici, chirurghi e professionisti abilitati entrambi convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'Art.4.1. Obblighi in caso di sinistro Forma "Diretta"; - in forma a rimborso, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici e professionisti abilitati non convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'Art.4.1. Obblighi in caso di sinistro Forma "Indiretta"; - in forma mista, qualora l'equipe medica/chirurgica non sia convenzionata, la Centrale Operativa autorizzerà le spese riferite alla Casa di Cura prescelta, mentre gli onorari dell'equipe medico/chirurgica verranno saldati direttamente dall'Assicurato all'atto delle dimissioni, salvo successivo rimborso da parte della Società secondo quanto previsto dalla presente polizza. <p>B).3.1 Pacchetto maternità</p> <p>La Società rimborsa in caso di gravidanza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N° 4 ecografie (compresa la morfologica); - Analisi clinico-chimiche; - N° 3 visite di controllo ostetrico-ginecologico <p>La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale indicato nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia, per ciascun periodo assicurativo e per Assicurato/nucleo familiare, previa applicazione – per ciascun sinistro – degli scoperti/franchigie disciplinati nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia.</p> <p>B).4 Medicina alternativa o complementare -Trattamenti osteopatici</p> <p>L'Impresa rimborsa nel limite del massimale previsto nel Quadro Sinottico le pratiche di medicina alternativa o complementare/medicina non ufficiale, come riportato nelle definizioni di Polizza.</p> <p>La Società rimborsa, altresì le spese sostenute per: Pranoterapia, l'agopuntura, l'elettro-agopuntura, trattamenti osteopatici cure termali</p>
---	---

con esclusione delle spese alberghiere, (in deroga all'Art.3.1 Esclusioni lettera o), resi necessari da infortunio o malattia indennizzabili a termini di polizza sempreché prescritti da un medico ed effettuati da personale medico o abilitato per tali terapie della riabilitazione. La garanzia è prestata fino alla concorrenza e nell'ambito del massimale previsto nel Quadro Sinottico scelto, previa applicazione degli scoperti e/o franchigie disciplinati nel Quadro Sinottico scelto, che rimangono a carico dell'Assicurato.

La presente garanzia viene prestata:

- in forma diretta, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici, chirurghi e professionisti abilitati entrambi convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'**Art.4.1. Obblighi in caso di sinistro Forma "Diretta"**;
- in forma a rimborso, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici e professionisti abilitati non convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'**Art.4.1. Obblighi in caso di sinistro Forma "Indiretta"**.

B).5 Assistenza Infermieristica a Domicilio

In caso di infortunio o malattia che abbia comportato ricovero con pernottamento in struttura sanitaria e a cui consegua una inabilità temporanea totale certificata da cartella clinica, la Società paga le spese sostenute, non rientranti in altre garanzie, per assistenza infermieristica professionale a domicilio, nell'ambito dei limiti indicati nel Quadro Sinottico prescelto.

B).6 Medicinali

La Società rimborsa i medicinali anche omeopatici, purché da banco (farmacia/parafarmacia), con i limiti previsti nel Quadro Sinottico scelto. Tali prodotti devono essere prescritti da un medico specialista e solo a seguito delle patologie indennizzabili ai sensi dalla presente polizza. Sono esclusi i prodotti relativi a fini estetici e dell'igiene personale. Sarà necessario allegare lo scontrino fiscale parlante

B).7. Cure oncologiche

Nei casi di malattia oncologiche la Società rimborsa le spese per:

- le visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici che abbiano confermato la diagnosi della Malattia oncologica, anche se non seguiti da Ricovero;
- le visite specialistiche e per le terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla Malattia oncologica sostenute entro 2 anni dalla dimissione del primo Ricovero relativo alla Malattia stessa e avvenuto in corso di contratto;
- l'assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 150 giorni successivi alla data di dimissione del Ricovero per Malattia oncologica.

Le spese di cui al presente articolo vengono rimborsate all'Assicurato senza applicazione di alcuno Scoperto sull'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale e sulle prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata.

Diversamente, per prestazioni prenotate da strutture sanitarie non convenzionate, **l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione di uno Scoperto del 20%.**

B).7.1 Ospedalizzazione Domiciliare per Malattia Terminale

in caso di ospedalizzazione domiciliare per malattia terminale, intesa come malattia a prognosi infausta per la sopravvivenza, che comporta la non autosufficienza dell'Assicurato a mantenere una vita indipendente ed a svolgere le comuni attività quotidiane, la Società rimborsa le spese per assistenza domiciliare continuativa medica e infermieristica fornita da idonee organizzazioni o strutture all'uopo costituite e legalmente riconosciute.

B).8 Cure Dentarie

La Società rimborsa visite, cure, estrazioni, protesi e impianti dentari ed ortodontici, fino alla concorrenza dell'importo massimo complessivo per anno assicurativo e per Assicurato/Nucleo previsto nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia.

La presente garanzia viene prestata:

- in forma diretta, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici, chirurghi e professionisti abilitati entrambi convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'**Art.4.1. Obblighi in caso di sinistro Forma "Diretta"**;

	<p>- in forma a rimborso, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici e professionisti abilitati non convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'Art.4.1. Obblighi in caso di sinistro Forma "Indiretta".</p> <p>B).9 Lenti Sono rimborsabili, fino alla concorrenza dei massimali previsti e con i limiti indicati nel Quadro Sinottico prescelto, le spese sostenute per l'acquisto di lenti per occhiali (escluse le montature), lenti a contatto (escluse le "usa e getta") nonché protesi sostitutive oculari, a seguito di modifica del visus e certificato da medico oculista.</p> <p>B).10 Ticket Qualora le spese sostenute nell'ambito delle garanzie B) GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE vengano effettuate presso il SSN, e sempreché la garanzia sia prevista dall'opzione prescelta, l'importo di eventuali ticket sarà rimborsato al 100%, con il massimo indicato nelle Quadro Sinottico scelto.</p>
Check up clinico	<p>Valido se espressamente richiamato in Polizza La Compagnia per il tramite della Centrale Operativa (My Assistance) mette a disposizione per ogni singolo Assicurato, un servizio di convenzionamento diretto per le prestazioni indicate nella scheda riepilogativa da effettuarsi presso strutture sanitarie convenzionate.</p> <p>Qualora l'Assicurato decida di avvalersi delle strutture sanitarie convenzionate, è sollevato (fatto salvo per l'eventuale importo previsto in polizza, come franchigia a suo carico) da qualsiasi anticipo o pagamento diretto delle spese, per prestazioni ricevute, sempreché indennizzabili a termini di polizza. Le prestazioni sono previste una volta l'anno.</p>
Diaria	<p>Valido se espressamente richiamato in Polizza La Compagnia mette a disposizione per il titolare/caponucleo, con possibile estensione al coniuge/convivente (vedi definizione), una diaria giornaliera</p>
Non autosufficienza	<p>Valido se espressamente richiamato in Polizza Oggetto della presente sezione è la garanzia contro il rischio di non autosufficienza a seguito di infortunio, malattia grave o longevità.</p> <p>A seguito del verificarsi dello stato di non autosufficienza, all'assicurato verrà riconosciuta un'indennità forfettaria mensile pari ad Euro 1.000,00.</p> <p>L'indennità forfettaria erogata all'assicurato (valida unicamente per l'assicurato titolare/capo famiglia) verrà prestata per la durata della non autosufficienza con un limite temporale massimo di 3 anni; oltre il suddetto termine null'altro potrà esser riconosciuto all'assicurato.</p>



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	<p>a) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;</p> <p>b) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto); per neoplasia maligna. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie sono comprese solo quelle relative alla sede anatomica della lesione;</p> <p>c) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;</p> <p>d) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;</p> <p>e) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;</p> <p>f) gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;</p> <p>g) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;</p>
-----------------------	--

<p>Rischi esclusi</p>	<p>h) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;</p> <p>i) le conseguenze di guerra, insurrezione generale, operazioni, occupazioni militari ed invasioni movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;</p> <p>j) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale, le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche. Sono altresì escluse le prestazioni di routine e/o controllo e familiarità o predisposizione genetica;</p> <p>k) le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore ad 1 anno assicurati dalla nascita;</p> <p>l) i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria da questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);</p> <p>m) la correzione dei vizi di rifrazione quali ad esempio: miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia;</p> <p>n) trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattia ed infortunio nonché i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (ricoveri impropri);</p> <p>o) i ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in strutture per lunga degenza, le cure termali, i ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona;</p> <p>p) le prestazioni per qualsiasi malattia che sia correlata direttamente o indirettamente all'HIV e alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), nonché le malattie sessualmente trasmesse;</p> <p>q) le prestazioni non espressamente specificate nelle singole garanzie e relativi allegati;</p> <p>r) aborto volontario non terapeutico;</p> <p>s) cure, visite e accertamenti, non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'O.M.S., c.d. protocolli sperimentali, e quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale.</p> <p>In ogni caso la Società non è tenuta a fornire copertura e non è tenuta a pagare qualsiasi richiesta o fornire alcun beneficio nella misura in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale sinistro o il riconoscimento di tale beneficio possa esporre la parte a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea o dagli Stati Uniti d'America.</p>
<p>SEZIONE NON AUTOSUFFICENZA</p> <p>Rischi esclusi</p>	<p>Sono esclusi dalla garanzia i casi di non autosufficienza dovuti alle seguenti cause:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche – al di fuori dei regolamenti sportivi – e alle relative prove e dalla pratica, anche a livello non professionale, dei seguenti sport: sci con salti dal trampolino, bobsleigh, guidoslitta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, scalate di roccia e ghiacciaio, immersioni con ARA e speleologia, rugby, football americano; - da stato di ubriachezza accertata, come da Codice della Strada; - Incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia come membro dell'equipaggio; - alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, tentativo di suicidio, mutilazione, contaminazione radioattiva; - Omissione o falsa dichiarazione dell'Assicurato; - patologie di ordine fisiche diverse da quelle organiche (psicosi, nevrosi, sindrome ansio-depressive...ecc.); <p>Sono inoltre escluse le conseguenze di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - atti compiuti o tentati dall'Assicurato e/o dal Contraente con dolo o colpa grave; - partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi; - trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazione di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapeutiche; - partecipazione attiva dell'Assicurato a guerre, insurrezioni, sommosse, atti di terrorismo.



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione di quanto indicato nel DIP, siamo a precisare che sono riconosciute le spese sostenute entro il limite del sub massimale previsto nel quadro sinottico prescelto in caso di:

- Interventi Ambulatoriali e Day Hospital
- Terapie
- Parto Naturale
- Parto Cesareo ed Aborto terapeutico
- Correzione Difetti Visivi



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Che obblighi ha la contraente?

La Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare il rischio oggetto di assicurazione, diverso dagli elementi oggetto di comunicazione.

Se la variazione implica aggravamento del rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione. Gli aggravamenti di 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.

Quali obblighi ha l'assicurato in caso di sinistro?

La denuncia deve essere corredata da idonea documentazione medica attestante la natura della malattia o la natura e il tipo delle lesioni nonché la necessità del ricovero o dell'intervento.

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

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

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto.

Nel rispetto delle garanzie di polizza, gli Assicurati possono usufruire delle prestazioni sanitarie mediante due modalità:

Forma "Diretta": l'Assicurato usufruisce delle prestazioni sanitarie presso una delle strutture convenzionate (i.e., Network Convenzionato) con la Società. In questo caso, se il costo delle prestazioni è compreso nei limiti e nei massimali previsti in Polizza, l'Assicurato non effettua alcun pagamento alla struttura sanitaria appartenente al Network Convenzionato, al netto di eventuali scoperti e/o minimi non indennizzabili; se il costo delle prestazioni supera i limiti ed i massimali previsti dalla Polizza, l'Assicurato deve pagare alla struttura sanitaria appartenente al Network Convenzionato esclusivamente la differenza tra il costo della prestazione e quanto previsto dalla Polizza oltre eventuali scoperti e/o minimi non indennizzabili.

Forma "Indiretta": l'Assicurato invia le ricevute che attestano le spese sanitarie sostenute presso una qualsiasi struttura sanitaria non convenzionata con la Società. Qualora ne sussistano i presupposti, l'Assicurato riceverà il rimborso delle predette spese (nei limiti e nei massimali previsti in Polizza) mediante bonifico bancario, per il tramite della Società;

Di seguito sono descritte le specifiche:

Scelta della struttura sanitaria e della equipe medico/chirurgica di fiducia

L'Assicurato individua la struttura sanitaria convenzionata più adatta alle proprie esigenze consultando l'elenco delle strutture convenzionate tramite il sito www.myassistance.it oppure, se in possesso delle credenziali (login e password), entrando nella **area riservata** tramite il sito: <https://app.myassistance.eu> oppure contattando:

Quali obblighi ha l'assicurato in caso di sinistro?

<p>Quali obblighi ha l'assicurato in caso di sinistro?</p>	<p style="text-align: center;">LA CENTRALE OPERATIVA attiva dal lunedì al venerdì (feriali) dalle 8.30 alle 18.00 ai seguenti numeri telefonici: Dall'Italia: Numero Verde: 800.701.121 Da Cellulare o dall'estero: Numero: +39 02 303500323</p> <p>In caso di intervento chirurgico, la Centrale Operativa verifica presso la struttura sanitaria che anche l'equipe medica/chirurgica sia convenzionata e che la prestazione richiesta sia indennizzabile a termini di polizza.</p> <p>Qualora l'equipe medica/chirurgica non sia convenzionata, la Centrale Operativa autorizzerà le spese riferite alla Casa di Cura prescelta, mentre gli onorari dell'equipe medico/chirurgica verranno saldati direttamente dall'Assicurato all'atto delle dimissioni, salvo successivo rimborso da parte della Società secondo quanto previsto dalla presente polizza. (C.d. Forma Mista come da definizione riportata)</p> <p>Forma "Diretta": richiesta di prestazione in forma diretta</p> <p>Prima di accedere alla struttura sanitaria e comunque con un preavviso di almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 giorni lavorativi in caso di Ricovero Ospedaliero - 2 giorni lavorativi per le ulteriori prestazioni <p>(salvo i casi di comprovata urgenza) l'Assicurato deve sempre contattare la centrale operativa inviando:</p> <p style="text-align: center;">via email a: sinistri.harmonie@myassistance.it o via fax al n. +39 02 871.819.75</p> <p>la prescrizione del medico, indicante la diagnosi di malattia accertata o presunta, la data di insorgenza, la prestazione richiesta, e l'indicazione del Centro Sanitario prescelto, del giorno e dell'ora dell'appuntamento. Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale - al fine di ottenere la prestazione - che l'Assicurato acceda agli operatori sanitari esclusivamente contattando la centrale operativa, in mancanza del quale il servizio non è operante.</p> <p>La Centrale Operativa provvederà alla raccolta di tutte le informazioni indispensabili per la gestione della richiesta richiedendo altresì, se necessario, l'invio di documentazione medica utile alla corretta valutazione del caso. Dopo aver effettuato le opportune verifiche, comunicherà all'Assicurato la conferma dell'avvenuta autorizzazione all'Assistenza Diretta e presa in carico.</p> <p>Successivamente provvederà all'invio del documento di presa in carico al Centro Sanitario interessato, con copia all'Assicurato.</p> <p>L'Assicurato si recherà quindi all'appuntamento pagando il costo previsto a suo carico, mentre la restante parte verrà saldata dalla Compagnia direttamente al Centro Sanitario.</p> <p>Qualora non fosse possibile autorizzare l'Assistenza Diretta con la sola documentazione medica inoltrata, la Centrale Operativa potrà richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali oppure, negare l'autorizzazione all'Assistenza Diretta.</p> <p>Forma "Indiretta"</p> <p>Per richiedere alla Società il rimborso delle spese sanitarie pagate direttamente, nei limiti e nei massimali previsti dalla Polizza, l'Assicurato potrà procedere in modalità digitale o inviando la necessaria documentazione all'indirizzo mail: sinistri.harmonie@myassistance.it.</p> <p>Relativamente alla modalità digitale, l'assicurato dovrà accedere alla propria area riservata sul portale web di MyAssistance.</p> <p>Le richieste acquisite perverranno direttamente alla Società che procederà alla valutazione dei rimborsi dovuti secondo le condizioni di Polizza.</p> <p>Il rimborso delle spese avverrà esclusivamente mediante bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN comunicate dall'Assicurato.</p> <p>Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale</p> <p>Le prestazioni previste dal Piano sanitario eseguite nel Servizio Sanitario Nazionale, sono rimborsate secondo i limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di assicurazione.</p> <p>In caso di ricovero a completo carico del SSN, l'Assicurato potrà richiedere, in alternativa al rimborso, l'erogazione dell'indennità sostitutiva</p>

	<p>Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Isritto dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all'originale.</p> <p>Prescrizione I diritti derivanti dal contratto (diversi dal diritto al pagamento delle rate di Premio) si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'articolo 2952, secondo comma, del Codice Civile.</p>
<p>SEZIONE NON AUTOSUFFICENZA</p> <p>Quali obblighi ha l'assicurato in caso di sinistro?</p>	<p>Denuncia del danno e obblighi dell'Assicurato La denuncia del sinistro deve essere presentata alla società assicurativa o al Broker affidatario del contratto entro 20 giorni da quando l'Assicurato ne ha avuto conoscenza mediante PEC e lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. La denuncia deve essere corredata da referto medico attestante la natura della malattia. L'Assicurato deve inoltre produrre copia della cartella clinica. La documentazione sanitaria deve sempre contenere la diagnosi o presunta diagnosi. L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso; devono altresì provvedere alla presentazione della documentazione utile richiesta dalla Società. Le spese relative a certificati medici e altre documentazioni mediche richieste dalla Compagnia o dai suoi incaricati sono a carico dell'Assicurato. Colui che richiede l'indennizzo deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto. Se dolosamente non viene adempiuto agli obblighi previsti dal presente articolo, l'Assicurato perde il diritto all'indennizzo; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.</p> <p>Riconoscimento dello stato di non autosufficienza Terminata la fase istruttoria – volta a stabilire lo stato di non autosufficienza dell'assicurato - la Compagnia, provvederà a formalizzare per iscritto all'Assicurato, o alla persona che lo rappresenta, il riconoscimento o meno della garanzia. La Compagnia ha sempre il diritto di accertare lo stato di non autosufficienza con propri medici fiduciari, i cui costi saranno a suo totale carico. Nel caso di rifiuto del riconoscimento dello stato di non autosufficienza, ogni nuova richiesta formulata dall'Assicurato dovrà essere effettuata non prima del termine di un minimo di tre mesi a decorrere dalla data di notifica del rifiuto, con riserva di presentare nuovi elementi attestanti lo stato di non autosufficienza.</p> <p>Erogazione delle prestazioni La garanzia prestata - ossia l'indennità forfettaria pagabile con rateazione mensile anticipata - verrà erogata all'assicurato trascorsi 90 giorni dalla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza. L'indennità forfettaria mensile sarà corrisposta per il periodo massimo di tre anni. La Compagnia, unitamente alla comunicazione con cui dichiara lo stato di non autosufficienza, richiederà all'Assicurato o al suo rappresentante, le coordinate bancarie sulle quale procedere al pagamento di quanto dovuto.</p> <p>Rivedibilità dello stato di non autosufficienza La Compagnia si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, anche successivamente all'accertamento dello stato di non autosufficienza, a un controllo dello stato di salute dell'Assicurato. In caso di rifiuto dell'Assicurato di sottoporsi ai controlli necessari o di fornire la documentazione richiesta, il pagamento della indennità forfettaria mensile è sospeso. In ogni caso, se l'Assicurato non ha più i requisiti per il riconoscimento della prestazione, l'erogazione della indennità forfettaria mensile viene sospesa dal momento in cui si ritiene che la non autosufficienza sia stata recuperata. L'Assicurato deve sempre comunicare alla Compagnia l'eventuale recupero della sua autonomia.</p> <p><u>Ogni dodici (12) mesi l'Assicurato (o familiare incaricato) sarà tenuto a indirizzare alla Compagnia un documento che attesti l'esistenza in vita dell'Assicurato. In caso di decesso dell'Assicurato, i suoi eredi e/o aventi diritti sono tenuti a comunicarlo alla Compagnia entro i trenta giorni dalla data di decesso. In ogni caso dovranno esser restituiti alla Compagnia eventuali indennizzi indebitamente ricevuti.</u></p>

Dichiarazioni inesatte o reticenti	L'assicurato ha l'obbligo di dare informazioni veritiere e corrispondenti al vero. Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia, tali per cui la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto a ricevere l'indennizzo in conseguenza di un Sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.
Obblighi dell'impresa	Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, entro 30 giorni dalla data di presentazione della documentazione completa richiesta dalla Società.



Quando e come devo pagare?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP



Come posso disdire la polizza?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto è rivolto alle persone nominativamente comunicate dal Contraente, residenti stabilmente in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: le provvigioni relative al prodotto, differiscono in base all'intermediario alla quale è assegnata la polizza ed anche in base al numero e tipo di sezioni di garanzie sottoscritte. Il costo di intermediazione medio (senza considerare eventuali rappels e simili), cioè la provvigione ricorrente annuale standard di prodotto è circa del 15% del premio assicurativo 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 a: Ufficio Reclami - Harmonie Mutuelle Italia con sede in Via Leone XIII, 14 20145 Milano E-mail: ufficioreclami@harmoniemutuelleitalia.it
All'IVASS	Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS con una delle seguenti modalità: <ul style="list-style-type: none"> Via posta ordinaria all'indirizzo Via del Quirinale 21, 00187 Roma; Via fax 06 42133206; Via Pec all'indirizzo tutela.consumatore@pec.ivass.it; Corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. Il reclamo andrà presentato utilizzando il modello predisposto dall'IVASS e reperibile sul sito www.ivass.it - Guida ai reclami.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):

<p>Sistema alternativo di risoluzione delle controversie</p>	<p>Prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, è possibile avvalersi del seguente sistema alternativo di risoluzione delle controversie:</p> <p>Collegio Medico In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), la Società e l'Assicurato potranno conferire mandato ad un Collegio di tre medici. Le decisioni del Collegio saranno prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa. La decisione del collegio medico è obbligatoria per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale. Eventuali spese legali e/o di assistenza sostenute dalle parti durante tutta l'attività di gestione del sinistro e di arbitrato devono ritenersi sempre ed interamente compensate fra le stesse.</p> <p>Mediazione per la conciliazione delle controversie Qualora s'intenda intraprendere un'azione giudiziale, dovrà essere previamente esperita la procedura di mediazione prevista dal d.lgs. n. 28/2010 e successive modificazioni ed integrazioni. Tale procedimento si svolge presso un organismo iscritto nel registro tenuto dal Ministero della Giustizia, il cui elenco nonché il procedimento sono consultabili sul sito www.giustizia.it.</p>
---	---

AVVERTENZE	
<p>Eventuali dichiarazioni inesatte o non veritiere possono limitare o escludere del tutto il diritto alla prestazione assicurativa.</p>	
<p>L'impresa di assicurazione non prevede nel proprio sito internet un'area riservata ove consultare e gestire telematicamente il proprio rapporto assicurativo. Al contempo, la gestione del presente contratto viene demandata a MY ASSISTANCE. L'assicurato avrà la possibilità di accedere alla propria area riservata collegandosi al seguente link: https://app.myassistance.eu.</p>	

Protezione Salute 3.1

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le informazioni relative all'assicurazione riportate in questa pagina hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su alcuni aspetti relativi alle condizioni del contratto di assicurazione che sono riportate nelle pagine seguenti.

Si conviene pertanto quanto segue:

- L'assicurazione è operante esclusivamente per le garanzie per le quali è stato corrisposto il relativo premio e per le persone indicate in polizza;
- L'assicurazione è prestata per le somme assicurate indicate in polizza;
- Alcune garanzie possono prevedere limiti di indennizzo, scoperti e/o franchigie per maggior dettaglio si rinvia ai quadri sinottici di cui all'allegato 1 delle presenti Condizioni di Assicurazione e richiamato in polizza;
- Le limitazioni e le esclusioni contrattuali, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo, sono esplicitate negli articoli delle Condizioni di Assicurazione

Condizioni Generali di Assicurazione, comprensiva del Glossario
Fac-simile modulo di proposta contrattuale
Informativa sui trattamenti dei dati personali
Fac-Simile modello di reclamo

SOMMARIO

DEFINIZIONI	2
1 CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	6
Art.1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	6
Art.1.2 Periodo di carenza	6
Art.1.3 Continuità	6
Art.1.4 Decorrenza contrattuale - Pagamento del premio	6
Art.1.5 Tacito rinnovo del contratto	6
Art.1.6 Regolazione Del Premio	6
Art.1.7 Identificazione delle persone assicurate e variazioni in corso d'anno.....	7
Art.1.8 Modifiche dell'assicurazione e Forma delle comunicazioni	7
Art.1.9 Variazioni di rischio	7
Art.1.10 Oneri fiscali	7
Art.1.11 Assicurazione per conto altrui	7
Art.1.12 Foro competente e Procedimento di Mediazione.....	7
Art.1.13 Altre assicurazioni.....	7
Art.1.14 Clausola Broker	7
Art.1.15 Rinuncia alla Rivalsa.....	7
Art.1.16 Legge applicabile e rinvio.....	7
2 GARANZIE ASSICURATE	8
Art.2.1 Oggetto dell'assicurazione.....	8
3 ESCLUSIONI E LIMITAZIONI	12
Art.3.1 Esclusioni	12
Art.3.2 Limite d'età	12
Art.3.3 Limiti territoriali	12
4 NORME IN CASO DI SINISTRO	13
Art.4.1 Obblighi in caso di sinistro	13
Art.4.2 Pagamento dell'indennizzo e Richiesta di rimborso tramite upload	14
Art.4.3 Collegio Medico	14
5 FORMA INTEGRATIVA	15
6 CHECK UP CLINICO	16
7 SEZIONE NON AUTOSUFFICENZA	17
Art. 7.1 Oggetto della garanzia	17
Art.7.2 Attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL).....	17
Art.7.3 Garanzia prestata.....	17
Art.7.4 Esclusioni.....	17
Art.7.5 Limite d'età – Persone non assicurabili	17
Art.7.6 Periodo di carenza	18
Art.7.7 Rinvio alle Condizioni Generali di Assicurazioni.....	18
Art.7.8 Denuncia del danno e obblighi dell'Assicurato.....	18
Art.7.9 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza	18
Art.7.10 Erogazione delle prestazioni.....	18
Art.7.11 Rivedibilità dello stato di non autosufficienza	18
Art.7.12 Beneficiario della prestazione assicurativa.....	18
8. SEZIONE DIARIA	19
ALLEGATO 1 GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	20
ALLEGATO 2 DIAGNOSTICA E TERAPIE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	25
INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - (Art.13 e 14 Reg. EU 679/2016)	29
FACSIMILE DI RECLAMO ALL'IMPRESA	31

DEFINIZIONI

Aborto Terapeutico: Interruzione volontaria della gravidanza provocata da determinati trattamenti medici al fine di preservare la salute della madre o di evitare lo sviluppo di un feto segnato da malformazioni o gravi patologie, effettuata nel rispetto di quanto disposto dalla legge italiana.

Accertamento Diagnostico: Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Assicurato/Assistito: La persona nell'interesse della quale è stipulato il contratto, nonché titolare del diritto all'eventuale indennizzo.

Assicuratore: L'Impresa di assicurazione. È l'impresa autorizzata all'esercizio dell'attività di Assicuratore, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

Assistenza Infermieristica: Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

Assistenza Medica: L'assistenza prestata, nelle modalità standard previste dall'Istituto di Cura, da persona fornita di specifica qualifica professionale.

Broker/Agente: Intermediario che agisce su incarico dell'Iscritto e che non ha poteri di rappresentanza di imprese di assicurazione o di riassicurazione, iscritto nella sezione A o B del R.U.I

Certificato di Polizza: Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente/Assicurato e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del Contraente/Assicurato, i dati identificativi del rischio, il premio e la sottoscrizione delle Parti.

Contraente: Il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del premio.

Convalescenza: Il periodo dopo la dimissione dall'Istituto di cura che comporti una inabilità temporanea

Data Decorrenza Copertura: Dalla data alla quale viene sottoscritto il contratto se contestuale al pagamento del premio alla firma, altrimenti data alla quale viene effettuato il pagamento.

Day Hospital: Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da Cartella Clinica con Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Data Sinistro: Data in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato il ricovero, l'intervento chirurgico in day hospital o in ambulatorio; per le prestazioni extra ricovero, la data della prima prestazione sanitaria erogata.

Day Surgery: Degenza in istituto di cura senza pernottamento e comportante intervento chirurgico terapeutico, con redazione di Cartella Clinica con Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Degenza Domiciliare: La convalescenza trascorsa a domicilio su prescrizione risultante da certificato medico.

Diaria da ricovero: Garanzia che consiste nel versamento di una somma, da parte dell'assicuratore, per ogni giorno di degenza in istituti di cura dovuta a infortunio o malattia.

Difetto Fisico: Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite e/o derivante da anomalia congenita, ovvero menomazione clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

Esclusioni: Rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Evento: L'insieme di tutte le prestazioni per le garanzie di day hospital ed extraospedaliere effettuate per la stessa patologia e sostenute entro la data della scadenza della presente polizza; il singolo ricovero con degenza notturna costituisce invece un evento a sé stante, anche se relativo alla medesima patologia di un altro precedente ricovero dello stesso tipo.

Franchigia: La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato.

Grandi Interventi: Sono gli interventi così come definiti nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992.

Indennità/Rimborso: Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

Indennità Sostitutiva: Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso.

Infortunio: L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento Chirurgico Ambulatoriale: L'intervento di chirurgia, effettuato senza ricovero - anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia e/o qualsiasi indagine/prestazione diagnostica che preveda il prelievo di un frammento di tessuto o di organo per l'esame istologico a scopo diagnostico -, compresa la chirurgia orale (con esclusione di materiale protesico) che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Intervento Chirurgico: L'atto medico realizzato in Strutture Sanitarie regolarmente autorizzate da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Non sono considerati Interventi chirurgici né le riduzioni incruente di fratture e lussazioni, né gli accertamenti diagnostici o di controllo, anche quando invasivi o comportanti prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e/o per l'introduzione di idoneo strumento all'interno dell'organismo. Non sono altresì considerati interventi chirurgici i soli trattamenti sanitari a scopo terapeutico, quali cure oncologiche o somministrazione di qualsivoglia medicinale, anche tramite cruentazione dei tessuti.

Intramoenia: Prestazioni sanitarie erogate individualmente o in équipe da professionista medico, dipendente da una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per la 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)

Istituto di Cura: L'ospedale pubblico, l'istituto universitario, la clinica o casa di cura privata regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza o lunga degenza, di soggiorno o di riposo per la cura di anziani o malati cronici, nonché le cliniche della salute e quelle aventi finalità estetiche, dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, e le residenze sanitarie assistenziali.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Lettera D'impegno (Modulo Di Presa In Carico): Documento con cui l'Assicurato si impegna a far fronte agli oneri che rimarranno a proprio carico e a dare la liberatoria per la privacy alla società.

Liquidazione In Forma A Rimborso: L'Assicurato sostiene in proprio tutte le spese relative alle garanzie prestate con la presente assicurazione, richiedendone successivamente il rimborso. Tutte le spese indennizzabili a termini di polizza vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di scoperti franchigie indicati nel Certificato di Polizza che rimangono a suo carico. Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private), medici chirurghi e professionisti abilitati (anche in regime di intramoenia) non convenzionati.

Liquidazione In Forma Diretta: La Compagnia paga direttamente alla struttura sanitaria, ai medici chirurghi e professionisti abilitati convenzionati le spese per le prestazioni sostenute dall'Assicurato e indennizzabili a termini di polizza, al netto di scoperti e/o franchigie indicati nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia, che rimangono invece a suo carico. Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private), medici chirurghi e professionisti abilitati (anche in regime di intramoenia) convenzionati.

Liquidazione In Forma Mista: La Compagnia paga direttamente alla struttura sanitaria convenzionata la componente di spesa indennizzabile a termini di polizza relativa alla struttura sanitaria, al netto di scoperti e/o franchigie indicati nel Certificato di Polizza, che rimangono a carico dell'Assicurato. L'Assicurato sostiene in proprio la componente di spesa relativa ai medici o professionisti abilitati non convenzionati richiedendone successivamente il rimborso alla Compagnia. Tutte le spese indennizzabili a termini di polizza vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di scoperti e/o franchigie indicati nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia, che rimangono a suo carico. Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private) convenzionate e medici chirurghi o professionisti abilitati (anche in regime di intramoenia) non convenzionati.

Lungodegenza: Ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in Istituto di Cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Malattia: Ogni riscontrabile e obiettiva alterazione dello stato di salute, non dipendente da infortunio, a carattere evolutivo, che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici.

Malattia Improvvisa: Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza al momento di effetto della polizza (o del successivo ingresso in copertura) e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo; a titolo esemplificativo e non esaustivo si intendono malattie improvvisate: appendicite acuta ed ernie strozzate; meningite, peritonite, pleurite (tutte tre in forma acuta e non tubercolare); pneumonite acuta; broncopneumite; febbri tifoidee, paratifoidee da accertarsi con sierodiagnosi.

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 9ª revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).

Malattia Progressiva o Preesistente: situazione patologica cronica/recidivante, diagnosticata antecedentemente la data di sottoscrizione della Polizza.

Malformazione: Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile in base a sintomi prima della stipulazione della polizza.

Massimale: La spesa massima che la società si impegna a prestare nei confronti dell'assicurato/Nucleo familiare per le relative garanzie e/o prestazioni previste, per ciascun anno assicurativo. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare per anno assicurativo.

Medicina alternativa o complementare / medicina non ufficiale: Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omeopatia; chiropatica.

Neonati: In caso di variazione della composizione del nucleo familiare per nascita, la garanzia si intende, all'atto della variazione stessa, immediatamente operante nei confronti di neonati purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30 giorni dalla nascita.

Network: Rete sanitaria convenzionata con la Società, costituita da ospedali e Istituti di carattere scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, nonché da Professionisti Medici che esercitano nell'ambito di queste, per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nell'ambito delle convenzioni stesse, nelle seguenti forme:

- **in forma diretta - in forma indiretta - in forma mista**

Nucleo Familiare: L'Assicurato, il coniuge, la persona unita civilmente, nonché il convivente legato da vincolo affettivo (anche dello stesso sesso); i figli con il limite di 30 anni di età fiscalmente a carico, regolarmente iscritti in uno stesso certificato anagrafico di stato di famiglia o di residenza, anche se momentaneamente non conviventi con l'Assicurato per motivi di studio. Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli legalmente affidati o affiliati, o, se vi è l'obbligo di mantenimento, di altri familiari purché risultanti dallo stato di famiglia e con grado di parentela discendente.

E' inoltre possibile garantire anche i coniugi legalmente separati o divorziati, purché vi sia l'obbligo di copertura assicurativa (con sentenza del giudice); in tale circostanza non è ammessa la copertura nei confronti della persona convivente.

Si intendono inclusi in copertura, senza alcun limite di età, i figli fiscalmente a carico secondo le vigenti leggi in materia, i quali si trovino per infermità fisica o mentale nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi a un proficuo lavoro.

Periodo di Carenza: Periodo nel quale non sono attive le garanzie del contratto e pertanto non possono essere autorizzate prestazioni dirette né rimborsate le spese sostenute.

Polizza: Il documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio: La somma dovuta dalla Contraente alla Società. I mezzi di pagamento consentiti dalla società sono quelli previsti dalla normativa vigente.

Prestazione Extra Ospedaliera: Tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Pronto Soccorso: Struttura sanitaria pubblica autorizzata ad erogare prestazioni di prima assistenza in caso di infortunio e/o malattia.

Protesi Ortopediche: Sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

Quadro Sinottico: Schema riassuntivo delle garanzie prestate.

Questionario Anamnestico: Detto anche questionario sanitario, è il documento che l'impresa di assicurazione può chiedere all'assicurato di compilare prima della stipulazione di un'assicurazione. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute ed alle precedenti malattie o infortuni dell'Assicurato. Le informazioni fornite dal Contraente servono all'Assicuratore per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

Residenza: Luogo in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano in cui l'Assicurato ha stabilito la dimora abituale.

Retta di Degenza: costo giornaliero per la degenza/il ricovero in Istituto di cura e per l'ordinaria assistenza medico-infermieristica, sia ordinaria che intensiva.

Ricovero Improprio: La degenza/il ricovero 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.

Ricovero Ospedaliero: Il soggiorno imprevisto, a seguito di Infortunio o Malattia, in un istituto ospedaliero su prescrizione medica per un trattamento medico o chirurgico, che preveda almeno 1 (un) pernottamento. Resta escluso l'accesso alle strutture di pronto soccorso che non dia seguito a ricovero.

Scoperto: La percentuale della parte indennizzabile del danno che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro: Evento dannoso per cui è pretesta l'assicurazione.

Società: Harmonie Mutuelle.

Struttura Sanitaria: Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery, regolarmente autorizzati a fornire assistenza ospedaliera. Ambulatorio o Poliambulatorio medico, centro diagnostico autorizzato.

Non sono considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

Strutture Sanitarie e Medici Chirurghi e Professionisti Abilitati Convenzionati: Strutture sanitarie, medici chirurghi e professionisti abilitati convenzionati, presso i quali l'Assicurato, previa richiesta telefonica e autorizzazione, può fruire dell'assistenza diretta per prestazioni mediche, interventi chirurgici e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute.

Poiché gli accordi con i medici chirurghi, i professionisti abilitati e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che l'Assicurato ottenga conferma, per il tramite del provider utilizzato e richiamato in polizza, l'effettiva esistenza dell'accordo.

Sub-massimale: Limite di spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nelle Condizioni di assicurazione, per ciascun anno assicurativo e nell'ambito dei massimali previsti e al netto degli scoperti e/o franchigie, per la quale la società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo Familiare. Nel caso di ricovero con intervento chirurgico esso comprende oltre all'intervento principale anche eventuali interventi concomitanti.

Terapia: Per terapia medica si intende lo studio e l'attuazione concreta dei mezzi e dei metodi per combattere le malattie

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, effettuate e fatturate esclusivamente presso Istituti di Cura, Centri Medici e medici specialisti regolarmente iscritti all'Albo, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica. Ogni ciclo di trattamenti fisioterapici e rieducativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.

Visita Specialistica: la visita viene effettuata da medico fornito di specializzazione, 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.

1 CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art.1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art.1.2 Periodo di carenza

Per gruppi di massimo 10 assicurati che abbiano rapporti con la Contraente è prevista l'applicazione di un periodo di carenza e le garanzie decorreranno dalle seguenti date:

- dalla data di effetto dell'assicurazione per gli infortuni verificatisi successivamente alla data di decorrenza della copertura;
- dopo 30 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per le malattie;
- dopo 30 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per le visite mediche specialistiche e gli accertamenti diagnostici extra ricovero;
- dopo 60 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per l'aborto terapeutico e le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio;
- dopo 150 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per le spese dentarie;
- dopo 180 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per le malattie pregresse;
- dopo 300 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione per il parto.

Art.1.3 Continuità

Qualora il presente contratto sia stato emesso in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra forma assicurativa, emessa dalla medesima Società o da altra Compagnia di Assicurazione o da Cassa di Assistenza Sanitaria o Mutua nonché a operazioni di trasferimento di intere posizioni individuali e/o collettive aziendali riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, gli anzidetti termini operano dal giorno di effetto dell'Assicurazione di cui:

- alla polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali risultanti da quest'ultima;
- al presente contratto, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

In caso di polizza con Contraenza persona fisica la continuità di copertura è subordinata all'esito del Questionario di buona salute.

Art.1.4 Decorrenza contrattuale - Pagamento del premio

La decorrenza e la scadenza della copertura assicurativa sono indicati in Polizza. La comunicazione di incasso da parte del Contraente o intermediario, relativa al premio o la prima rata di premio, deve pervenire entro e non oltre il termine di mora pari a 30 giorni; in mancanza la copertura ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice civile. Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate. Ove sia prevista l'intermediazione della polizza, i premi dovranno essere pagati all'Intermediario Assicurativo, altrimenti alla Società.

Art.1.5 Tacito rinnovo del contratto

In mancanza di disdetta data da una delle Parti Contraenti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per una durata uguale a quella originaria, esclusa la frazione di anno.

La disdetta del contratto comporta la cessazione delle garanzie assicurative per tutti gli Assicurati.

Ai fini del presente contratto farà fede la data di spedizione come da timbro dell'Ufficio Postale o data di invio del fax/PEC. La durata dell'Assicurazione è indicata in Polizza

Art.1.6 Regolazione Del Premio

Il premio di polizza è inizialmente determinato sulla base del numero degli Assicurati indicati su apposito tracciato record informatico che costituisce parte complementare del contratto.

Il premio stabilito, viene versato dal Contraente in via anticipata per tutti i nominativi inizialmente comunicati ed è dovuto per intero. Il premio può essere frazionato previa conferma da parte della Compagnia, in ogni caso non sono ammesse più di due rate annuali. Entro 30 giorni dal termine di ciascun semestre assicurativo la Società, in base alle comunicazioni di variazione ricevute in corso d'anno, emetterà appendice di regolazione premio computando:

- l'intero premio annuo per gli ingressi avvenuti nel primo semestre dell'anno assicurativo
- il 60% del premio annuo per gli ingressi avvenuti nel secondo semestre dell'anno assicurativo.

Nessun rimborso di premio sarà dovuto per le cessazioni in corso d'anno, fermo l'obbligo del Contraente di inviare comunicazione di cessazione nei termini convenuti; in proposito la Società si impegna a garantire le prestazioni assicurate fino alla fine dell'annualità per la quale è stato pagato il premio.

Art.1.7 Identificazione delle persone assicurate e variazioni in corso d'anno

L'assicurazione vale per le persone nominativamente comunicate dal Contraente prima dell'inizio della copertura.

Tutte le successive variazioni relative alle persone assicurate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente alla Società entro il termine di 30 giorni dal momento in cui si sono verificate. La Società e il Contraente possono stabilire precise modalità per l'invio, possibilmente su supporto informatico, di dette variazioni, la Società ne prende atto ed emette appendice di regolazione del premio alla ricorrenza semestrale della copertura.

Se Assicurato è il nucleo familiare, i figli nati nel corso della copertura si intendono automaticamente assicurati per i massimali/somme assicurate e le garanzie previste per il nucleo, fermo l'obbligo del dipendente di dichiarare la nuova inclusione entro 30 giorni dalla nascita.

Art.1.8 Modifiche dell'assicurazione e Forma delle comunicazioni

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

Art.1.9 Variazioni di rischio

La Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare il rischio oggetto di assicurazione, diverso dagli elementi oggetto di comunicazione ai fini della regolazione del premio o dell'inclusione degli Assicurati in copertura.

Se la variazione implica diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio o le rate di premio successive alla comunicazione fatta dalla Contraente, ai sensi dell'Art.1897 Codice Civile, rinunciando al relativo diritto di recesso.

Se la variazione implica aggravamento del rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione. Gli aggravamenti di 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.1.10 Oneri fiscali

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

Art.1.11 Assicurazione per conto altrui

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui; pertanto, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, ai sensi dall'Art.1891 Codice Civile.

Art.1.12 Foro competente e Procedimento di Mediazione

Per ogni controversia relativa al presente contratto è competente l'Autorità Giudiziaria del Comune di residenza o domicilio dell'Assicurato o degli aventi diritto previo esperimento del procedimento di mediazione di cui al D.lgs. 28/2010 (modificato dal D.L.n.69/2013 convertito con modificazioni in Legge n. 98/2013) nei casi previsti dalla legge o se voluta dalle parti e salvo diverse disposizioni di legge pro tempore vigenti. La domanda di mediazione è presentata mediante deposito di un'istanza presso un organismo di mediazione, accreditato presso il Ministero della Giustizia, nel luogo del giudice territorialmente competente.

Art.1.13 Altre assicurazioni

Il Contraente deve dare avviso scritto alla Compagnia dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per le medesime prestazioni, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art.1.14 Clausola Broker

La Contraente dichiara di aver affidato l'esecuzione e la gestione della presente polizza, per l'intera durata, compreso le regolazioni del premio all'Intermediario in qualità di broker ai sensi della Legge 28/11/1984 n. 792. Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato/Contraente è tenuto, devono essere fatte per iscritto alla Società di brokeraggio. Pertanto, agli effetti delle condizioni tutte della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta a tutti gli effetti agli Assicuratori, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori, nel nome e per conto del Contraente/Assicurato, si intenderà fatta dal Contraente/Assicurato stesso. La Compagnia inoltre riconosce che il pagamento dei premi sarà fatto tramite il Broker incaricato dell'esecuzione e gestione del contratto e riconosce che tale pagamento è liberatorio per l'Assicurato/Contraente. Il Broker provvederà poi a trasmettere i premi incassati alla Compagnia.

Art.1.15 Rinuncia alla Rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di regresso che le compete per l'Art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art.1.16 Legge applicabile e rinvio

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana, da ritenersi applicabile anche per tutto quanto non è qui diversamente stabilito.

2 GARANZIE ASSICURATE

Art.2.1 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è operante a favore delle persone fisiche nominativamente comunicate dalla Contraente che risultano stabilmente residenti in Italia o che si recano all'estero per ragioni di lavoro o diporto per non più di 60 giorni all'anno continuativi. La garanzia è operante nei limiti del Quadro Sinottico scelto e facente parte della presente polizza, in caso di malattia o infortunio avvenuto durante l'efficacia del presente contratto relativamente alle spese sostenute dall'Assicurato/i fino alla concorrenza dei massimali previsti e con i limiti indicati nei Quadri Sinottici per le seguenti prestazioni sanitarie

L'assicurazione è prestata a favore dell'assicurato ma, le coperture di polizza, potranno essere estese, con versamento del relativo premio, anche al nucleo familiare.

Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentali, tossicodipendenza, delirium tremens, alcoolismo e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.

A) GARANZIE OSPEDALIERE

- A).1 Ricovero in Istituto di cura e/o Intervento Chirurgico
- A).2 Raddoppio del massimale per "Grandi interventi Chirurgici"
- A).3 Intervento Chirurgico per Correzione Difetti Visivi
- A).4 Indennità sostitutiva

B) GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE

- B).1 Diagnostica e Terapie di Alta Specializzazione
- B).2 Diagnostica Diversa Da Alta Specializzazione
- B).3 Visite Specialistiche
- B).4 Medicina alternativa o complementare -Trattamenti osteopatici
- B).5 Assistenza Infermieristica a Domicilio
- B).6 Malattia oncologica
- B).7 Cure Dentarie
- B).8 Lenti
- B).9 Ticket

come di seguito disciplinato.

A) GARANZIE OSPEDALIERE

A).1 Ricovero in Istituto di cura e/o Intervento Chirurgico

Sono compresi in garanzia:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio);
- diritti di sala operatoria;
- materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici e fisioterapici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento (endoprotesi);
- assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero e alla patologia che comporta il ricovero;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici nei giorni precedenti l'inizio del ricovero, nonché per le prestazioni sanitarie nei giorni successivi alla cessazione del ricovero stesso (visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni chirurgiche e infermieristiche, terapie), purché correlate all'intervento. Si intendono comunque compresi anche i ricoveri per cure, accertamenti e interventi preparatori all'intervento principale o da questo resi necessari e comunque a esso connessi;
- retta di degenza. Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie;
- retta per l'accompagnatore in Istituto di cura o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera;
- spese di assistenza infermieristica individuale privata;
- viaggio e trasporto dell'Assicurato e dell'Accompagnatore al e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro il trasporto è rimborsabile se effettuato con il mezzo di trasporto più idoneo.

Si precisa che in caso di trapianto d'organi o parte di essi sull'Assicurato sono comprese anche:

- le spese relative al prelievo sul donatore comprese quelle per il trasporto dell'organo;
- nel caso di donazione da vivente, le spese effettuate durante il ricovero del donatore.

Sono altresì indennizzate, sia in forma diretta che in forma a rimborso, sempre entro il limite del massimale previsto per la garanzia "Ospedaliera":

- **Parto cesareo**
- **Parto naturale**
- **Aborto terapeutico o post-traumatico.**

- **Interventi Ambulatoriali e Day Hospital**

Sono indennizzate, sia in forma diretta che in forma a rimborso, le spese sostenute in caso di Interventi Ambulatoriali e Day Hospital (con e senza Intervento chirurgico – Day Surgery) con il limite per evento indicato nei Quadri Sinottici prescelti.

- **Terapie in regime di ricovero o di Day Hospital**

Sono indennizzate, sia in forma diretta che in forma a rimborso, le spese sostenute per Terapie, sostenute in regime di ricovero o di Day Hospital, con il limite per anno e per nucleo familiare indicato nei Quadri Sinottici prescelti.

A).2 Raddoppio del massimale per "Grandi interventi Chirurgici"

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un «Grande Intervento Chirurgico», sulla base dell'Opzione di Garanzia del Quadro Sinottico scelto all'atto della sottoscrizione della copertura, il massimale previsto per le garanzie di cui al precedente punto A).1, deve intendersi raddoppiato con i limiti indicati nel suddetto Quadro Sinottico. Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" quelli definiti nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992 (Allegato 1).

A).3 Intervento Chirurgico per Correzione Difetti Visivi

A parziale deroga di quanto previsto dall'art.3.1 Esclusioni lettera m, la copertura è estesa alle spese mediche sostenute per interventi chirurgici finalizzati a correggere i vizi di refrazione (miopia, ipermetropia, astigmatismo, presbiopia) purché conseguenti a riduzione del visus, con il limite indicato nei Quadri Sinottici prescelti.

In particolare, saranno oggetto di indennizzo le spese inerenti alla chirurgia refrattiva e i trattamenti con laser eccimeri limitatamente a quelli effettuati:

- a. In caso di anisometropia superiore a tre diottrie;
- b. In caso di deficit visivo pari o superiore a cinque diottrie per ciascun occhio

A).4 Indennità sostitutiva

In alternativa a quanto previsto al punto A).1, sempreché indennizzabili ai sensi di polizza, qualora l'Assicurato non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità per ogni giorno di ricovero con pernottamento. Ai fini del calcolo dei giorni, il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.

B) GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Società assicura le prestazioni sotto riportate, non rientranti in altre garanzie, rese necessarie dall'infortunio o dalla malattia, ancorché sospetta, denunciate con le modalità, i termini ed i limiti previsti dalle presenti Condizioni di Assicurazione e dalla Scheda riassuntiva opzione di garanzia.

B).1 Diagnostica e Terapie di Alta Specializzazione

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Società paga le spese sostenute per gli accertamenti diagnostici e le terapie per le prestazioni di cui all'Allegato 2, resi necessari dall'infortunio o dalla malattia, ancorché sospetta, denunciati e non rientranti in altre garanzie.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale indicato nei limiti del Quadro Sinottico scelto, per ciascun periodo assicurativo e per Assicurato/Nucleo familiare, previa applicazione - per ciascun sinistro - degli scoperti/franchigie disciplinati nello stesso.

La presente garanzia viene prestata:

- in forma diretta, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici, chirurghi e professionisti abilitati entrambi convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'**Art.4.1. Obblighi in caso di sinistro Forma "Diretta"**;
- in forma a rimborso, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici e professionisti abilitati non convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'**Art.4.1. Obblighi in caso di sinistro Forma "Indiretta"**;
- In forma mista qualora l'equipe medica/chirurgica non sia convenzionata, la Centrale Operativa autorizzerà le spese riferite alla Casa di Cura prescelta, mentre gli onorari dell'equipe medico/chirurgica verranno saldati direttamente dall'Assicurato all'atto delle dimissioni, salvo successivo rimborso da parte della Società secondo quanto previsto dalla presente polizza.

B).2 Diagnostica Diversa da Alta Specializzazione

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Società rimborsa le spese sostenute per accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio resi necessari dall'infortunio o dalla malattia, ancorché sospetta, denunciati e non rientranti in altre garanzie.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale indicato nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia, per ciascun periodo assicurativo e per Assicurato/nucleo familiare, previa applicazione degli scoperti/franchigie disciplinati nella Scheda riassuntiva

opzione di garanzia, che rimangono a carico dell'Assicurato per ogni accertamento o per ogni serie di accertamenti previsti da un'unica prescrizione medica.

La presente garanzia viene prestata:

- in forma diretta, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici, chirurghi e professionisti abilitati entrambi convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'**Art.4.1. Obblighi in caso di sinistro Forma "Diretta"**;
- in forma a rimborso, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici e professionisti abilitati non convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'**Art.4.1. Obblighi in caso di sinistro Forma "Indiretta"**;
- In forma mista, qualora l'equipe medica/chirurgica non sia convenzionata, la Centrale Operativa autorizzerà le spese riferite alla Casa di Cura prescelta, mentre gli onorari dell'equipe medico/chirurgica verranno saldati direttamente dall'Assicurato all'atto delle dimissioni, salvo successivo rimborso da parte della Società secondo quanto previsto dalla presente polizza.

B).3 Visite Specialistiche

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Società rimborsa le spese sostenute per le visite specialistiche, trattamenti fisioterapici e noleggio di apparecchiature per trattamenti fisioterapici, rese necessarie dall'infortunio o dalla malattia, ancorché sospetta, denunciati e non rientranti in altre garanzie. La prestazione in ogni caso non opera per le visite odontoiatriche ed ortodontiche. La garanzia è prestata fino alla concorrenza e nell'ambito del massimale previsto dal Quadro Sinottico scelto, per ciascun periodo assicurativo e per Assicurato/nucleo familiare, previa applicazione degli scoperti e/o franchigie disciplinati dal Quadro Sinottico scelto, che rimangono a carico dell'Assicurato per ogni visita o per ogni serie di visite previsti da un'unica prescrizione medica, con le seguenti precisazioni: qualora alla visita specialistica facciano seguito accertamenti diagnostici di cui ai punti B).1 e B).2 prescritti dal medesimo specialista e l'Assicurato presenti la richiesta di rimborso in un'unica soluzione, la franchigia minima si applica una sola volta.

La presente garanzia viene prestata:

- in forma diretta, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici, chirurghi e professionisti abilitati entrambi convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'**Art.4.1. Obblighi in caso di sinistro Forma "Diretta"**;
- in forma a rimborso, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici e professionisti abilitati non convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'**Art.4.1. Obblighi in caso di sinistro Forma "Indiretta"**;
- In forma mista, qualora l'equipe medica/chirurgica non sia convenzionata, la Centrale Operativa autorizzerà le spese riferite alla Casa di Cura prescelta, mentre gli onorari dell'equipe medico/chirurgica verranno saldati direttamente dall'Assicurato all'atto delle dimissioni, salvo successivo rimborso da parte della Società secondo quanto previsto dalla presente polizza.

B).3.1 Pacchetto maternità

La Società rimborsa in caso di gravidanza:

- N° 4 ecografie (compresa la morfologica);
- Analisi clinico-chimiche;
- N° 3 visite di controllo ostetrico-ginecologico

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale indicato nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia, per ciascun periodo assicurativo e per Assicurato/nucleo familiare, previa applicazione – per ciascun sinistro – degli scoperti/franchigie disciplinati nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia.

B).4 Medicina alternativa o complementare -Trattamenti osteopatici

L'Impresa rimborsa nel limite del massimale previsto nel Quadro Sinottico le visite/pratiche di medicina alternativa o complementare/medicina non ufficiale, come riportato nelle definizioni di Polizza.

La Società rimborsa, altresì le spese sostenute per:

Pranoterapia, l'agopuntura, l'elettro-agopuntura, trattamenti osteopatici cure termali con esclusione delle spese alberghiere, (in deroga all'Art.3.1 Esclusioni lettera o), resi necessari da infortunio o malattia indennizzabili a termini di polizza sempreché prescritti da un medico ed effettuati da personale medico o abilitato per tali terapie della riabilitazione. La garanzia è prestata fino alla concorrenza e nell'ambito del massimale previsto nel Quadro Sinottico scelto, previa applicazione degli scoperti e/o franchigie disciplinati nel Quadro Sinottico scelto, che rimangono a carico dell'Assicurato.

La presente garanzia viene prestata:

- in forma diretta, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici, chirurghi e professionisti abilitati entrambi convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'**Art.4.1. Obblighi in caso di sinistro Forma "Diretta"**;
- in forma a rimborso, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici e professionisti abilitati non convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'**Art.4.1. Obblighi in caso di sinistro Forma "Indiretta"**.

B).5 Assistenza Infermieristica a Domicilio

In caso di infortunio o malattia che abbia comportato ricovero con pernottamento in struttura sanitaria e a cui consegua una inabilità temporanea totale certificata da cartella clinica, la Società paga le spese sostenute, non rientranti in altre garanzie, per assistenza infermieristica professionale a domicilio, nell'ambito dei limiti indicati nel Quadro Sinottico prescelto.

B).6 Medicinali

La Società rimborsa i medicinali anche omeopatici, purché da banco (farmacia/ parafarmacia), con i limiti previsti nel Quadro Sinottico scelto. Tali prodotti devono essere prescritti da un medico specialista e solo a seguito delle patologie indennizzabili ai sensi della presente polizza. Sono esclusi i prodotti relativi a fini estetici e dell'igiene personale.

B).7 Malattia oncologica

Nei casi di malattia oncologiche la Società rimborsa le spese per:

- le visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici che abbiano confermato la diagnosi della Malattia oncologica, anche se non seguiti da Ricovero;
- le visite specialistiche e per le terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla Malattia oncologica sostenute entro 2 anni dalla dimissione del primo Ricovero relativo alla Malattia stessa e avvenuto in corso di contratto;
- l'assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 150 giorni successivi alla data di dimissione del Ricovero per Malattia oncologica.

Le spese di cui al presente articolo vengono rimborsate all'Assicurato senza applicazione di alcuno Scoperto sull'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale e sulle prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata.

Diversamente, per prestazioni prenotate da strutture sanitarie non convenzionate, **l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione di uno Scoperto del 20%.**

B).7.1 Ospedalizzazione Domiciliare per Malattia Terminale

in caso di ospedalizzazione domiciliare per malattia terminale, intesa come malattia a prognosi infausta per la sopravvivenza, che comporta la non autosufficienza dell'Assicurato a mantenere una vita indipendente ed a svolgere le comuni attività quotidiane, la Società rimborsa le spese per assistenza domiciliare continuativa medica e infermieristica fornita da idonee organizzazioni o strutture all'uopo costituite e legalmente riconosciute.

B).8 Cure Dentarie

La Società rimborsa visite, cure, estrazioni, protesi e impianti dentari ed ortodontici, fino alla concorrenza dell'importo massimo complessivo per anno assicurativo e per Assicurato/Nucleo previsto nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia.

La presente garanzia viene prestata:

- in forma diretta, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici, chirurghi e professionisti abilitati entrambi convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'**Art.4.1. Obblighi in caso di sinistro Forma "Diretta"**;
- in forma a rimborso, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici e professionisti abilitati non convenzionati con MyAssistance; per i dettagli si rimanda all'**Art.4.1. Obblighi in caso di sinistro Forma "Indiretta"**.

B).9 Lenti

Sono rimborsabili, fino alla concorrenza dei massimali previsti e con i limiti indicati nel Quadro Sinottico prescelto, le spese sostenute per l'acquisto di lenti per occhiali (escluse le montature), lenti a contatto (escluse le "usa e getta") nonché protesi sostitutive oculari, a seguito di modifica del visus e certificato da medico oculista.

B).10 Ticket

Qualora le spese sostenute nell'ambito delle garanzie B) GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE vengano effettuate presso il SSN, e sempreché la garanzia sia prevista dall'opzione prescelta, l'importo di eventuali ticket sarà rimborsato al 100%, con il massimo indicato nelle Quadro Sinottico scelto.

3 ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

Art.3.1 Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- a) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- b) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- c) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
- d) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- e) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- f) gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- g) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- h) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- i) le conseguenze di guerra, insurrezione generale, operazioni, occupazioni militari ed invasioni movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- j) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale. Sono altresì escluse le prestazioni di routine e/o controllo;
- k) le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore ad 1 anno assicurati dalla nascita;
- l) i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
- m) la correzione dei vizi di rifrazione quali ad esempio: miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia;
- n) trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattia ed infortunio nonché i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (ricoveri impropri);
- o) i ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in strutture per lunga degenza, le cure termali, i ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona;
- p) le prestazioni determinate da positività HIV ed AIDS e sindromi ad esse correlate, nonché da malattie sessualmente trasmesse;
- q) le prestazioni non espressamente specificate nelle singole garanzie e relativi allegati;
- r) aborto volontario non terapeutico.

In ogni caso la Società non è tenuta a fornire copertura e non è tenuta a pagare qualsiasi richiesta o fornire alcun beneficio nella misura in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale sinistro o il riconoscimento di tale beneficio possa esporre la parte a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea o dagli Stati Uniti d'America.

Art.3.2 Limite d'età

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 80° anno di età dell'Assicurato. Si precisa altresì che al compimento del 76 esimo anno di età di ogni assicurato di polizza, verrà richiesta la sottoscrizione del questionario di buona salute. Resta comunque inteso che al compimento del 81° anno di età la Polizza cesserà automaticamente.

In caso di polizza con Contraenza persona fisica verrà richiesto, in fase di ingresso, la sottoscrizione del questionario di buona salute.

Art.3.3 Limiti territoriali

L'assicurazione è valida per tutti i paesi del mondo. Gli indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in Euro.

4 NORME IN CASO DI SINISTRO

Art.4.1 Obblighi in caso di sinistro

La denuncia deve essere corredata da idonea documentazione medica attestante la natura della malattia o la natura e il tipo delle lesioni nonché la necessità del ricovero o dell'intervento.

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

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

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto.

Nel rispetto delle garanzie di polizza, gli Assicurati possono usufruire delle prestazioni sanitarie mediante due modalità:

- **Forma "Diretta"**: l'Assicurato usufruisce delle prestazioni sanitarie presso una delle strutture convenzionate (i.e., Network Convenzionato) con la Società. In questo caso, se il costo delle prestazioni è compreso nei limiti e nei massimali previsti in Polizza, l'Assicurato non effettua alcun pagamento alla struttura sanitaria appartenente al Network Convenzionato, al netto di eventuali scoperti e/o minimi non indennizzabili; se il costo delle prestazioni supera i limiti ed i massimali previsti dalla Polizza, l'Assicurato deve pagare alla struttura sanitaria appartenente al Network Convenzionato esclusivamente la differenza tra il costo della prestazione e quanto previsto dalla Polizza oltre eventuali scoperti e/o minimi non indennizzabili.
- **Forma "Indiretta"**: l'Assicurato invia le ricevute che attestano le spese sanitarie sostenute presso una qualsiasi struttura sanitaria non convenzionata con la Società. Qualora ne sussistano i presupposti, l'Assicurato riceverà il rimborso delle predette spese (nei limiti e nei massimali previsti in Polizza) mediante bonifico bancario, per il tramite della Società;

Di seguito sono descritte le specifiche:

Scelta della struttura sanitaria e della equipe medico/chirurgica di fiducia

L'Assicurato individua la struttura sanitaria convenzionata più adatta alle proprie esigenze consultando l'elenco delle strutture convenzionate tramite il sito www.myassistance.it oppure, se in possesso delle credenziali (login e password), entrando nella **area riservata** tramite il sito: <https://app.myassistance.eu> oppure contattando:

LA CENTRALE OPERATIVA

attiva dal lunedì al venerdì (feriali) dalle 8.30 alle 18.00 ai seguenti numeri telefonici:

**Dall'Italia: Numero Verde: 800.701.121
Da Cellulare o dall'estero: Numero: +39 02 303500323**

In caso di intervento chirurgico, la Centrale Operativa verifica presso la struttura sanitaria che anche l'equipe medica/chirurgica sia convenzionata e che la prestazione richiesta sia indennizzabile a termini di polizza.

Qualora l'equipe medica/chirurgica non sia convenzionata, la Centrale Operativa autorizzerà le spese riferite alla Casa di Cura prescelta, mentre gli onorari dell'equipe medico/chirurgica verranno saldati direttamente dall'Assicurato all'atto delle dimissioni, salvo successivo rimborso da parte della Società secondo quanto previsto dalla presente polizza. **(C.d. Forma Mista come da definizione riportata)**

Forma "Diretta": richiesta di prestazione in forma diretta

Prima di accedere alla struttura sanitaria e comunque con un preavviso di almeno:

- 3 giorni lavorativi in caso di Ricovero Ospedaliero
- 2 giorni lavorativi per le ulteriori prestazioni

(salvo i casi di comprovata urgenza) l'Assicurato deve sempre contattare la centrale operativa inviando:

via email a: sinistri.harmonie@myassistance.it o via fax al n. +39 02 871.819.75

la prescrizione del medico, indicante la diagnosi di malattia accertata o presunta, la data di insorgenza, la prestazione richiesta, e l'indicazione del Centro Sanitario prescelto, del giorno e dell'ora dell'appuntamento. Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale - al fine di ottenere la prestazione - che l'Assicurato acceda agli operatori sanitari esclusivamente contattando la centrale operativa, in mancanza del quale il servizio non è operante.

La Centrale Operativa provvederà alla raccolta di tutte le informazioni indispensabili per la gestione della richiesta richiedendo altresì, se necessario, l'invio di documentazione medica utile alla corretta valutazione del caso. Dopo aver effettuato le opportune verifiche, comunicherà all'Assicurato la conferma dell'avvenuta autorizzazione all'Assistenza Diretta e presa in carico.

Successivamente provvederà all'invio del documento di presa in carico al Centro Sanitario interessato, con copia all'Assicurato.

L'Assicurato si recherà quindi all'appuntamento pagando il costo previsto a suo carico, mentre la restante parte verrà saldata dalla Compagnia direttamente al Centro Sanitario.

Qualora non fosse possibile autorizzare l'Assistenza Diretta con la sola documentazione medica inoltrata, la Centrale Operativa potrà richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali oppure, negare l'autorizzazione all'Assistenza Diretta.

Forma "Indiretta"

Per richiedere alla Società il rimborso delle spese sanitarie pagate direttamente, nei limiti e nei massimali previsti dalla Polizza, l'Assicurato potrà procedere in modalità digitale o inviando la necessaria documentazione all'indirizzo mail: sinistri.harmonie@myassistance.it.

Relativamente alla modalità digitale, l'assicurato dovrà accedere alla propria **area riservata** sul portale web di MyAssistance.

Le richieste acquisite perverranno direttamente alla Società che procederà alla valutazione o alla richiesta di ulteriori informazioni/documentazione per procedere ai rimborsi dovuti secondo le condizioni di Polizza.

Il rimborso delle spese avverrà esclusivamente mediante bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN comunicate dall'Assicurato.

Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Le prestazioni previste dal Piano sanitario eseguite nel Servizio Sanitario Nazionale, sono rimborsate secondo i limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di assicurazione.

In caso di ricovero a completo carico del SSN, l'Assicurato potrà richiedere, in alternativa al rimborso, l'erogazione dell'indennità sostitutiva

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'iscritto dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all'originale.

Art.4.2 Pagamento dell'indennizzo e Richiesta di rimborso tramite upload

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, entro 30 giorni dalla data di presentazione della documentazione completa richiesta dalla Società.

Il pagamento delle richieste di rimborso avverrà solo tramite bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN fornite dall'Assicurato. Le liquidazioni dei danni vengono effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

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

L'Assicurato, in possesso delle credenziali (login e password), potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.myassistance.it o in alternativa all'indirizzo mail sinistri.harmonie@myassistance.it.

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Società si riserva di effettuare, con i medici e con le strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza.

Art.4.3 Collegio Medico

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a confermare, con scrittura privata, mandato di decidere se e in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, in prima istanza tra due medici nominati uno per parte e in mancanza di accordo, a un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte e il terzo dalle parti in comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio medico risiede, presso la Direzione della Società. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art.4.4 Collegio Medico

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:

**UFFICIO RECLAMI
HARMONIE MUTELLE ITALIA
Via Leone XIII, 14
20145 Milano**

Nel reclamo – di cui si allega esempio - dovranno essere indicati i seguenti dati:

Nome, Cognome, indirizzo completo dell'esponente;

- Numero della Polizza e nominativo del Contraente;

- Numero e data del Sinistro al quale si fa riferimento;

- Indicazioni del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

La Società gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - Telefono 06/421331 - fax 06/42133745 o 06/42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico, denominazione dell'impresa, dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato, breve ed esauritiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

**5 FORMA INTEGRATIVA
CONDIZIONE PARTICOLARE OPERANTE PER TUTTI I NUCLEI ASSICURATI - NELLA FORMA COLLETTIVA
(SE INDICATA NEI QUADRI SINOTTICI ALLEGATO 3)**

FORMA INTEGRATIVA FASI-FASDAC-FAIT-QUAS E/O ALTRI FONDI SANITARI DI CATEGORIA PREVISTI DAL CCNL DI SETTORE

Nel caso in cui è attivata un'opzione in forma integrativa, l'assicurazione si intende prestata a integrazione del FASI, FASDAC, FAIT, QuAS e/o altri Fondi sanitari di categoria previsti dal CCNL di settore, e pertanto le franchigie previste nelle opzioni si intendono abrogate.

Per le garanzie della presente polizza, verranno ammessi a rimborso soltanto i sinistri liquidati dal FASI, FASDAC, FAIT, QuAS e/o altri Fondi sanitari di categoria previsti dal CCNL di settore, in base ai rispettivi regolamenti.

Nel caso i suddetti Enti si rifiutassero di erogare il rimborso delle spese presentate, malgrado le stesse rientrino tra quelle previste dal proprio regolamento e indennizzabili a termini di polizza, la Società darà comunque corso al rimborso delle sole spese eccedenti quelle previste dai rispettivi regolamenti, restando a carico dell'Assicurato gli importi previsti dai regolamenti stessi.

In caso di richiesta di rimborso per prestazioni non previste dagli Enti sopra richiamati, ma indennizzabili a termini di polizza, la società darà corso al rimborso delle spese previa detrazione di uno scoperto del 25% fermi i limiti stabiliti per singola garanzia.

Per eventuali assicurati che non beneficino delle prestazioni degli Enti sopra richiamati, la società darà corso al rimborso delle spese indennizzabili a termini di polizza, come segue:

- per le coperture integrative dei Fondi FASI, FASDAC, FAIT e/o altri di categoria: previa detrazione di uno scoperto del 25% fermi i limiti stabiliti per singola garanzia;
- per le coperture integrative del Fondo QuAS, non essendo i Familiari coperti dal QuAS, verranno sempre applicati gli eventuali franchigie/scoperti previsti dall'opzione di copertura scelta.

**6 CHECK UP CLINICO
(Valida solo se espressamente richiamata)**

La Compagnia per il tramite della Centrale Operativa (My Assistance) mette a disposizione per titolare, con possibile estensione al coniuge/convivente (vedi definizione), un servizio di convenzionamento diretto per le prestazioni indicate nella scheda riepilogativa da effettuarsi, **dopo 180 giorni**, presso strutture sanitarie convenzionate.

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi delle strutture sanitarie convenzionate, è sollevato (fatto salvo per l'eventuale importo previsto in polizza, come franchigia a suo carico) da qualsiasi anticipo o pagamento diretto delle spese, per prestazioni ricevute, sempreché indennizzabili a termini di polizza. Le prestazioni sono previste una volta l'anno.

DONNA	
FINO A 40 ANNI	OLTRE I 40 ANNI
Prestazioni mediche: <ul style="list-style-type: none"> - Visita cardiologica - Pap test 	Prestazioni mediche: <ul style="list-style-type: none"> - Pap test - Mammografia bilaterale
Esami di laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> - Emocromo completo - Azotemia - Creatininemia, Glicemia - Bilirubina frazionata - GOT, GPT - Sodio, Potassio, Cloro - LDH, VES, HDL - Colesterolo totale - Trigliceridi - Protidogramma elettroforetico - Esame urine completo 	Esami di laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> - Emocromo completo - Azotemia - Creatininemia, Glicemia - Bilirubina frazionata - GOT, GPT - Sodio, Potassio, Cloro - LDH, VES, HDL - Colesterolo totale - Trigliceridi - Protidogramma elettroforetico - Esame urine completo - Ricerca sangue occulto nelle feci
Valore Prestazione	
145,00 €	185,00 €

UOMO	
FINO A 40 ANNI	OLTRE I 40 ANNI
Prestazioni mediche: <ul style="list-style-type: none"> - Visita cardiologica - Elettrocardiogramma 	Prestazioni mediche: <ul style="list-style-type: none"> - Visita cardiologica - Elettrocardiogramma
Esami di laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> - Emocromo completo - Azotemia - Creatininemia, Glicemia - Bilirubina frazionata - GOT, GPT - Sodio, Potassio, Cloro - LDH, VES, HDL - Colesterolo totale - Trigliceridi - Protidogramma elettroforetico - Esame urine completo 	Esami di laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> - Emocromo completo - Azotemia - Creatininemia, Glicemia - Bilirubina frazionata - GOT, GPT - Sodio, Potassio, Cloro - LDH, VES, HDL - Colesterolo totale - Trigliceridi - Protidogramma elettroforetico - Esame urine completo - Ricerca sangue occulto nelle feci - PSA
Valore Prestazione	
160,00 €	185,00 €

**7 SEZIONE NON AUTOSUFFICENZA
(Valida solo se espressamente richiamata)**

Art. 7.1 Oggetto della garanzia

Oggetto della presente sezione è la garanzia contro il rischio di non autosufficienza a seguito di infortunio, malattia grave o longevità.

A seguito del verificarsi dello stato di non autosufficienza, all'assicurato verrà riconosciuta un'indennità forfettaria mensile pari ad Euro 1.000,00.

L'indennità forfettaria erogata all'assicurato (valida unicamente per l'assicurato capo famiglia) verrà prestata per la durata della non autosufficienza con un limite temporale massimo di 3 anni; oltre il suddetto termine null'altro potrà esser riconosciuto all'assicurato. Ai sensi della presente garanzia, è considerato lo stato di non autosufficienza l'Assicurato che, a causa di una malattia, di infortunio o per longevità, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, - presumibilmente in modo permanente - da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 3 su 4 delle attività ordinarie della vita quotidiana indicate nel successivo art. 7.2, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

Ai sensi della presente Polizza, è considerato in stato di non autosufficienza l'Assicurato affetto da morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici (test MMS di Folstein con punteggio inferiore a 15), tali da giustificare l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana.

Art. 7.2 Attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL)

Per attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL) si intendono:

Lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale senza l'assistenza di una terza persona.

Nutrirsi: capacità di mangiare e bere, senza l'assistenza di una terza persona.

Muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi senza l'assistenza di una terza persona.

Vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti senza l'assistenza di una terza persona.

Art. 7.3 Garanzia prestata

A seguito del riconoscimento dello stato di non autosufficienza l'assicurato avrà diritto ad un risarcimento sotto forma di indennità forfettaria pagabile con rateazione mensile anticipata, che andrà a compensare, nella misura determinata in via preventiva dall'assicurato all'atto di sottoscrizione della polizza, i costi di assistenza che lo stesso dovrà sopportare a seguito dello stato di non autosufficienza.

Il pagamento dell'indennità assicurativa viene interrotta qualora l'Assicurato recuperi lo stato di autosufficienza.

Art. 7.4 Esclusioni

Sono esclusi dalla garanzia i casi di non autosufficienza dovuti alle seguenti cause:

- dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche – al di fuori dei regolamenti sportivi – e alle relative prove e dalla pratica, anche a livello non professionale, dei seguenti sport: sci con salti dal trampolino, bobsleigh, guidoslitta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, scalate di roccia e ghiacciaio, immersioni con ARA e speleologia, rugby, football americano;
- da stato di ubriachezza accertata, come da Codice della Strada;
- Incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia come membro dell'equipaggio;
- alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, tentativo di suicidio, mutilazione, contaminazione radioattiva;
- Omissione o falsa dichiarazione dell'Assicurato;
- patologie di ordine fisiche diverse da quelle organiche (psicosi, nevrosi, sindrome ansio- depressive...ecc.);

Sono inoltre escluse le conseguenze di:

- atti compiuti o tentati dall'Assicurato e/o dal Contraente con dolo o colpa grave;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazione di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapeutiche;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a guerre, insurrezioni, sommosse, atti di terrorismo.

Art. 7.5 Limite d'età – Persone non assicurabili

Possono essere inseriti in copertura solo i soggetti indicati in Polizza e che abbiano un'età compresa tra i 18 e i 74 anni.

E' data facoltà di mantenere attiva la copertura assicurativa fino al compimento del settantacinquesimo anno di età. Per età assicurativa si deve intendere l'età espressa in anni compiuti eventualmente aumentata di uno se, al momento dell'adesione, sono trascorsi sei mesi o più dall'ultimo compleanno.

Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentali, tossicodipendenza, delirium tremens, alcoolismo e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile. Non sono assicurabili le persone che al momento della stipula del Contratto abbiano già riconosciuta un'invaldità permanente di grado superiore al 50% o sia già stata avanzata richiesta di riconoscimento della stessa. Non sono assicurabili le persone che al momento della stipulazione del Contratto di assicurazione siano già in condizione di non autosufficienza o che non possono compiere autonomamente almeno uno dei quattro atti della vita quotidiana, come specificati nell'art. 7.2 "Attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL)".

Art. 7.6 Periodo di carenza

Nel caso in cui la Contraente abbia un gruppo di assicurati inferiore a cinquanta, la garanzia decorre:

- A) Dalla data di decorrenza del Contratto di assicurazione nel caso di non autosufficienza conseguente a infortunio;
- B) Dopo sei mesi dalla data di decorrenza del Contratto di Assicurazione nel caso di non autosufficienza conseguente a cause diverse da quelle specificate ai precedenti punti A.

Art. 7.7 Rinvio alle Condizioni Generali di Assicurazioni

Per tutto quanto non regolato dal presente capitolo, valgono - sempreché compatibili - le condizioni generali di assicurazione.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO GARANZIA NON AUTOSUFFICIENZA

Art. 7.8 Denuncia del danno e obblighi dell'Assicurato

La denuncia del sinistro deve essere presentata alla società assicurativa o al Broker affidatario del contratto entro 20 giorni da quando l'Assicurato ne ha avuto conoscenza mediante PEC e lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. La denuncia deve essere corredata da referto medico attestante la natura della malattia. L'Assicurato deve inoltre produrre copia della cartella clinica. La documentazione sanitaria deve sempre contenere la diagnosi o presunta diagnosi. L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso; devono altresì provvedere alla presentazione della documentazione utile richiesta dalla Società. Le spese relative a certificati medici e altre documentazioni mediche richieste dalla Compagnia o dai suoi incaricati sono a carico dell'Assicurato. Colui che richiede l'indennizzo deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto. Se dolosamente non viene adempiuto agli obblighi previsti dal presente articolo, l'Assicurato perde il diritto all'indennizzo; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 7.9 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza

Terminata la fase istruttoria – volta a stabilire lo stato di non autosufficienza dell'assicurato - la Compagnia, provvederà a formalizzare per iscritto all'Assicurato, o alla persona che lo rappresenta, il riconoscimento o meno della garanzia. La Compagnia ha sempre il diritto di accertare lo stato di non autosufficienza con propri medici fiduciari, i cui costi saranno a suo totale carico. Nel caso di rifiuto del riconoscimento dello stato di non autosufficienza, ogni nuova richiesta formulata dall'Assicurato dovrà essere effettuata non prima del termine di un minimo di tre mesi a decorrere dalla data di notifica del rifiuto, con riserva di presentare nuovi elementi attestanti lo stato di non autosufficienza.

Art. 7.10 Erogazione delle prestazioni

La garanzia prestata - ossia l'indennità forfettaria pagabile con rateazione mensile anticipata - verrà erogata all'assicurato trascorsi 90 giorni dalla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza. L'indennità forfettaria mensile sarà corrisposta per il periodo massimo di tre anni. La Compagnia, unitamente alla comunicazione con cui dichiara lo stato di non autosufficienza, richiederà all'Assicurato o al suo rappresentante, le coordinate bancarie sulle quale procedere al pagamento di quanto dovuto.

Art. 7.11 Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

La Compagnia si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, anche successivamente all'accertamento dello stato di non autosufficienza, a un controllo dello stato di salute dell'Assicurato. In caso di rifiuto dell'Assicurato di sottoporsi ai controlli necessari o di fornire la documentazione richiesta, il pagamento della indennità forfettaria mensile è sospeso.

In ogni caso, se l'Assicurato non ha più i requisiti per il riconoscimento della prestazione, l'erogazione della indennità forfettaria mensile viene sospesa dal momento in cui si ritiene che la non autosufficienza sia stata recuperata.

L'Assicurato deve sempre comunicare alla Compagnia l'eventuale recupero della sua autonomia.

Ogni dodici (12) mesi l'Assicurato (o familiare incaricato) sarà tenuto a indirizzare alla Compagnia un documento che attesti l'esistenza in vita dell'Assicurato. In caso di decesso dell'Assicurato, i suoi eredi e/o aventi diritti sono tenuti a comunicarlo alla Compagnia entro i trenta giorni dalla data di decesso. In ogni caso dovranno esser restituiti alla Compagnia eventuali indennizzi indebitamente ricevuti.

Art. 7.12 Beneficiario della prestazione assicurativa

Il beneficiario della prestazione assicurativa è il solo assicurato capo nucleo/titolare.

8. SEZIONE DIARIA (Valida solo STAND ALONE)

La Compagnia mette a disposizione per il titolare/caponucleo, con possibile estensione al coniuge/convivente (vedi definizione), una diaria giornaliera.

Si precisa inoltre che:

- Per la diaria da convalescenza deve essere prevista nella cartella clinica o prescritta dal medico;
- Per la diaria da gesso e frattura necessita sempre il certificato del pronto soccorso che attesti l'applicazione del gesso e/o che ci sia stata la frattura;
- Per la diaria da ricovero e da Grandi interventi chirurgici la prima giornata di ogni ricovero e l'ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero o della dimissione;
- Tutte le diarie sotto riportate si intendono corrisposte per un massimo di 180 giorni per ciascun sinistro e per anno assicurativo.

DESCRIZIONE DIARIE

Prestazioni Diarie	Indennità al giorno
Diaria da Ricovero	
con intervento	€ 100
senza intervento	€ 100
day hospital	€ 50
Diaria da Grandi interventi Chirurgici	€ 150
Diaria da Gesso/Frattura	€ 50
Diaria da convalescenza	€ 60

**ALLEGATO 1
GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	
Cardiochirurgia	
	BYPASS AORTO CORONARICI MULTIPLI (C.E.C.)
	BYPASS AORTO CORONARICO SINGOLO (C.E.C.)
	CARDIOCHIRURGIA A CUORE APERTO, IN ETÀ ADULTA O NEONATALE, COMPRESI ANEURISMI O SOSTITUZIONI VALVOLARI MULTIPLE O SOSTITUZIONE AORTICA O PLASTICA DELL'AORTA (C.E.C.), SALVO GLI INTERVENTI SPECIFICATI
	COMMISUROTOMIA PER STENOSI MITRALICA
	FERITE O CORPI ESTRANEI O TUMORI DEL CUORE O PER TAMPONAMENTO, INTERVENTI PER
	FISTOLE ARTEROVENOSE DEL POLMONE, INTERVENTI PER
	MASSAGGIO CARDIACO INTERNO
	PERICARDIECTOMIA PARZIALE
	PERICARDIECTOMIA TOTALE
	REINTERVENTO CON RIPRISTINO DI C.E.C.
	SEZIONE O LEGATURA DEL DOTTO ARTERIOSO DI BOTALLO
	SOSTITUZIONE VALVOLARE IN HEART PORT
	SOSTITUZIONE VALVOLARE SINGOLA (C.E.C.)
	SOSTITUZIONI VALVOLARI CON BY-PASS AORTO CORONARICI (C.E.C.)
	TRAPIANTO CARDIACO (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
	VALVULOPLASTICA CARDIOCHIRURGICA
Cardiologia interventistica	
	ANGIOPLASTICA CORONARICA VASO SINGOLO CON O SENZA TROMBOLISI COMPRESIVO DI EVENTUALE STAND-BY CARDIOCHIRURGICO ED EVENTUALE APPLICAZIONE DI STENTS
	ANGIOPLASTICA CORONARICA VASI MULTIPLI CON O SENZA TROMBOLISI COMPRESIVO DI EVENTUALE STAND-BY CARDIOCHIRURGICO ED EVENTUALE APPLICAZIONE DI STENTS
Chirurgia della mammella	
<i>Per gli interventi di chirurgia demolitiva è compresa la ricostruzione plastica mammaria (escluse protesi). L'intervento chirurgico di posizionamento o sostituzione di protesi mammaria è riconosciuto solo a seguito di chirurgia demolitiva per neoplasia. Sono escluse le prestazioni con finalità estetiche.</i>	
	MASTECTOMIA RADICALE, QUALSIASI TECNICA, CON LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	MASTECTOMIA SEMPLICE TOTALE CON EVENTUALI LINFOADENECTOMIE
	MASTECTOMIA SOTTOCUTANEA
	QUADRANTECTOMIA CON RICERCA ED ASPORTAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA E LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	QUADRANTECTOMIA CON RICERCA ED ASPORTAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA (COMPRESA PRESTAZIONE DEL MEDICO NUCLEARE/RADIOLOGO), SENZA ALTRE LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	QUADRANTECTOMIA SENZA LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	TUMORECTOMIA O QUADRANTECTOMIA CON RESEZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA E LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
Chirurgia generale	
Interventi chirurgici minori	
<i>Tumori superficiali: neoformazioni soprafasciali. Tumori profondi: neoformazioni sottofasciali. Tumori profondi extracavitari: tumore del muscolo scheletrico, tumore o lesione simultumorale fibrosa.</i>	
	TUMORE PROFONDO MALIGNO TRONCO/ARTI, ASPORTAZIONE DI
Collo	
	PARATIROIDI - TRATTAMENTO COMPLETO, INTERVENTO SULLE
	PARATIROIDI, REINTERVENTI
	TIROIDECTOMIA TOTALE, O TOTALIZZAZIONE DI TIROIDECTOMIA, QUALSIASI VIA DI ACCESSO, SENZA SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE
	TIROIDECTOMIA TOTALE PER GOZZO MEDIASTINICO, INTERVENTO PER
	TIROIDECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE
	TIROIDECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE BILATERALE
	TUMORE MALIGNO DEL COLLO, ASPORTAZIONE DI (ESCLUSO I CASI DESCRITTI)
Esofago	
	DIVERTICOLI DELL'ESOFAGO CERVICALE (COMPRESA MIOTOMIA), INTERVENTO PER
	ESOFAGECTOMIA TOTALE CON ESOFAGOPLASTICA, IN UN TEMPO, COMPRESA LINFOADENECTOMIA
	ESOFAGO CERVICALE, RESEZIONE DELL', CON ESOFAGOSTOMIA
	ESOFAGO, RESEZIONE PARZIALE DELL', CON ESOFAGOSTOMIA
	ESOFAGO-GASTRECTOMIA TOTALE, PER VIA TORACO-LAPAROTOMICA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	MEGAESOFAGO, INTERVENTO PER
	MEGAESOFAGO, REINTERVENTO PER
	VARICI ESOFAGEE: INTERVENTO TRANSTORACICO O ADDOMINALE
Stomaco - Duodeno	
	FISTOLA GASTRO-DIGIUNO-COLICA, INTERVENTO PER
	GASTRECTOMIA PARZIALE O SUBTOTALE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA)
	GASTRECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA ANCHE ESTESA
	GASTRECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA ESTESA CON SPLENOPANCREASECTOMIA SINISTRA ASSOCIATA
	GASTRECTOMIA TOTALE PER PATOLOGIA BENIGNA
	RESEZIONE GASTRO DUODENALE
	RESEZIONE GASTRO-DIGIUNALE PER ULCERA PEPTICA ANASTOMOTICA
	VARICI GASTRICHE (EMOSTASI CHIRURGICA)
Intestino: Digiuno - Ileo - Colon - Retto - Ano	
<i>Trattamenti terapeutici iniettivi: trattamento con tossina botulinica per le ragadi anali e trattamento con sclerosanti per le emorroidi.</i>	
	AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE SEC. MILES, TRATTAMENTO COMPLETO
	ANO PRETERNATURALE, CHIUSURA, RICOSTRUZIONE CONTINUITÀ

	ANOPLASTICA (COME UNICO INTERVENTO)
	BY-PASS GASTRO INTESTINALI O INTESTINALI PER PATOLOGIE MALIGNHE
	COLECTOMIA SEGMENTARIA CON LINFOADENECTOMIA ED EVENTUALE COLOSTOMIA
	COLECTOMIA TOTALE (COMPRESA EVENTUALE STOMIA)
	COLECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA (COMPRESA EVENTUALE STOMIA)
	EMICOLECTOMIA DESTRA CON LINFOADENECTOMIE
	EMICOLECTOMIA SINISTRA CON LINFOADENECTOMIE ED EVENTUALE COLOSTOMIA (HARTMANN ED ALTRE)
	MEGACOLON, INTERVENTO PER
	MEGACOLON: COLOSTOMIA
	PROCTO-COLECTOMIA TOTALE CON POUCH ILEALE
	RESEZIONE DEL SIGMA-RETTO PER PATOLOGIA MALIGNA CON EVENTUALI LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	RESEZIONE RETTO-COLICA ANTERIORE (ANCHE ULTRA BASSA) COMPRESA LINFOADENECTOMIA ED EVENTUALE COLONSTOMIA
	RETTO, AMPUTAZIONE DEL, PER NEOPLASIA DELL'ANO, COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA INGUINALE BILATERALE
	TUMORE MALIGNO DEL RETTO, PER VIA TRANS-ANALE O CON MICROCHIRURGIA ENDOSCOPICA TRANS-ANALE (TEM), ASPORTAZIONE DI
Peritoneo	
	OCCLUSIONE INTESTINALE CON RESEZIONE
Fegato e vie biliari	
	ANASTOMOSI PORTO-CAVA O SPLENO-RENALE O MESENTERICA-CAVA
	COLECISTOTOMIA PER NEOPLASIE NON RESECABILI
	COLEDOCO/EPATICO/DIGIUNO/DUODENOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA
	COLEDOCO-EPATICO DIGIUNOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA
	COLEDOCO-EPATICO DUODENOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA
	DEARTERIALIZZAZIONE EPATICA, CON O SENZA CHEMIOTERAPIA
	DECONNESSIONE AZYGOS-PORTALE PER VIA ADDOMINALE
	PAPILLA DI VATER, EXERESI
	PAPILLA DI VATER, AMPULLECTOMIA PER CANCRO CON REIMPIANTO DEL DOTTO DI WIRSUNG E COLEDOCO
	RESEZIONI EPATICHE MAGGIORI
	RESEZIONI EPATICHE MINORI
	TERMOABLAZIONE CON RADIOFREQUENZA DI TUMORI EPATICI, QUALSIASI VIA DI ACCESSO
	TRAPIANTO DI FEGATO (OMNICOMPRESIVO DI SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Pancreas - Milza	
	CEFALO DUODENO PANCREASECTOMIA COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	DERIVAZIONI PANCREATICO-WIRSUNG DIGESTIVE
	NEOPLASIE DEL PANCREAS ENDOCRINO, INTERVENTI PER
	PANCREATECTOMIA SINISTRA COMPRESA SPLENECTOMIA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	PANCREATECTOMIA TOTALE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA)
	SPLENECTOMIA
	TRAPIANTO DI PANCREAS (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Chirurgia oro-maxillo-facciale	
	FRATTURA ZIGOMO, ORBITA, TERAPIA CHIRURGICA PER
	FRATTURE DEI MASCELLARI, TERAPIA CHIRURGICA DI
	FRATTURE DEL SENO FRONTALE, TERAPIA CHIRURGICA DI
	FRATTURE DELLA MANDIBOLA E DEL CONDILO, TERAPIA CHIRURGICA DELLE (COMPRESA L'EVENTUALE FISSAZIONE CON FERULE)
	FRATTURE MANDIBOLARI, RIDUZIONE CON FERULE
	GHIANDOLA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE PER NEOPLASIE MALIGNHE, COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	LINGUA E PAVIMENTO ORALE, INTERVENTO PER TUMORI MALIGNI CON SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE FUNZIONALE O RADICALE
	LINGUA E PAVIMENTO ORALE, INTERVENTO PER TUMORI MALIGNI SENZA SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE
	MALFORMAZIONI DENTO-MAXILLO-FACCIALI DELLA MANDIBOLA E DELLA MASCELLA (PROGENISMO, MICROGENIA, PROGNETISMO, MICROGNATIA, LATERODEVIAZIONI MANDIBOLARI, ETC.), COMPRESA MENTOPLASTICA SUL MASCELLARE SUPERIORE O SULLA MANDIBOLA
	MANDIBOLA, RESEZIONE PARZIALE PER NEOPLASIA DELLA, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE MONOLATERALE
	MANDIBOLA, RESEZIONE PARZIALE PER NEOPLASIA DELLA, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE BILATERALE
	MASCELLARE SUPERIORE PER NEOPLASIE, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE MONOLATERALE, RESEZIONE DEL
	MASCELLARE SUPERIORE PER NEOPLASIE, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE BILATERALE, RESEZIONE DEL
	MASSICCIO FACCIALE, OPERAZIONE DEMOLITRICE PER TUMORI CON SVUOTAMENTO ORBITARIO
	NEOPLASIE MALIGNHE DEL LABBRO/GUANCIA CON SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE DI
	NEOPLASIE MALIGNHE DEL LABBRO/GUANCIA SENZA SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE DI
	NEOPLASIE MALIGNHE LIMITATE DEL LABBRO O DEI TESSUTI MOLLI DELLA CAVITÀ ORALE, ASPORTAZIONE DI
	PARALISI DINAMICA O STATICA DEL NERVO FACCIALE, PLASTICA PER
	PAROTIDECTOMIA PARZIALE CON EVENTUALE RISPARMIO DEL NERVO FACCIALE
	PAROTIDECTOMIA TOTALE O SUB-TOTALE
Chirurgia pediatrica	
	ASPORTAZIONE TUMORE DI WILMS
	ATRESIA DELL'ANO CON FISTOLA RETTO-URETRALE, RETTO-VULVARE: ABBASSAMENTO ADDOMINO PERINEALE
	ATRESIA DELL'ANO SEMPLICE: ABBASSAMENTO ADDOMINO-PERINEALE
	ESOFAGO, ATRESIA O FISTOLE CONGENITE DELL'
	FISTOLA E CISTI DELL'OMBELICO: DAL CANALE ONFALOMESENTERICO CON RESEZIONE INTESTINALE
Chirurgia ricostruttiva	plastica

Tumori superficiali: neoformazioni soprafasciali; Tumori profondi: neoformazioni sottofasciali. Non sono considerate come prestazioni rimborsabili, i trattamenti laser e/o chirurgici delle teleangectasie, angiomi rubini, spider nevi ed analoghi. Sono escluse le prestazioni con finalità estetiche.

	APLASIA DELLA VAGINA, RICOSTRUZIONE PER
	INTERVENTO DI PUSH-BACK E FARINGOPLASTICA
	MALFORMAZIONI COMPLESSE DELLE MANI E DEI PIEDI
	STATI INTERSESSUALI, CHIRURGIA DEGLI
	TRASFERIMENTO DI LEMBO LIBERO MICROVASCOLARE
Chirurgia toraco-polmonare	
	BILOBECTOMIA, INTERVENTO DI (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	DECORTICAZIONE PLEURO POLMONARE, INTERVENTO DI
	FERITA TORACO-ADDOMINALE CON LESIONI VISCERALI
	FISTOLE DEL MONCONE BRONCHIALE DOPO EXERESI O INTERVENTI ASSIMILABILI, INTERVENTO PER
	FISTOLE ESOFAGO-BRONCHIALI, INTERVENTI DI
	LINFOADENECTOMIA MEDIASTINICA (COME UNICO INTERVENTO)
	NEOPLASIE MALIGNI COSTE E/O STERNO (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	NEOPLASIE MALIGNI DEL DIAFRAMMA (COME FASE DI INTERVENTO PRINCIPALE)
	NEOPLASIE MALIGNI DELLA TRACHEA (COMPRESA PLASTICA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	NEOPLASIE MALIGNI E/O CISTI DEL MEDIASTINO (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PLEURECTOMIE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PLEUROPNUEMECTOMIA (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PNEUMECTOMIA, INTERVENTO DI (COMPRESA LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PNEUMECTOMIA CON RESEZIONE DI TRACHEA E ANASTOMOSI TRACHEO-BRONCHIALE
	RESEZIONE BRONCHIALE CON REIMPIANTO
	RESEZIONE SEGMENTARIA O LOBECTOMIA (COMPRESA EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)
	RESEZIONI POLMONARI SEGMENTARIE ATIPICHE SINGOLE O MULTIPLE (COMPRESA EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)
	RESEZIONI SEGMENTARIE TIPICHE (COMPRESA EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)
	TIMECTOMIA
	TORACOPLASTICA, PRIMO TEMPO
	TORACOPLASTICA, SECONDO TEMPO
	TRAPIANTO DI POLMONE (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Chirurgia vascolare	
	ANEURISMI AORTA ADDOMINALE O AORTA TORACICA + DISSECAZIONE: RESEZIONE E INNESTO PROTESICO (A CIELO APERTO)
	ANEURISMI ARTERIE DISTALI DEGLI ARTI, RESEZIONE E/O INNESTO PROTESICO (A CIELO APERTO)
	ANEURISMI, RESEZIONE E INNESTO PROTESICO: ARTERIE ILIACHE, FEMORALI, POPLITEE, OMERALI, ASCELLARI, GLUTEE, ARTERIE VISCERALI E TRONCHI SOVRAORTICI (A CIELO APERTO)
	BY-PASS AORTO-ANONIMA, AORTO-CAROTIDEO, CAROTIDO-SUCCLAVIO
	BY-PASS AORTO-ILIACO O AORTO-FEMORALE
	BY-PASS AORTO-RENALE O AORTO-MESENTERICO O CELIACO ED EVENTUALE TEA E PLASTICA VASALE
	TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE DI ANEURISMI O ANEURISMI DISSECANTI DELL'AORTA TORACICA
	TROMBOENDOARTERIECTOMIA E BY-PASS E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI
	TROMBOENDOARTERIECTOMIA E PATCH E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI
	TROMBOENDOARTERIECTOMIA E INNESTO PROTESICO E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI (QUALSIASI TECNICA)
Ginecologia	
	ISTERECTOMIA RADICALE PER VIA LAPAROTOMICA O VAGINALE CON LINFOADENECTOMIA PELVICA E/O LOMBOAORTICA, COMPRESA PLASTICA VAGINALE ANTERIORE E/O POSTERIORE
	TUMORI MALIGNI VAGINALI CON LINFOADENECTOMIA, INTERVENTO RADICALE PER
	TUMORI MALIGNI VAGINALI SENZA LINFOADENECTOMIA, INTERVENTO RADICALE PER
	VULVECTOMIA PARZIALE CON LINFOADENECTOMIA BILATERALE DIAGNOSTICA DEI LINFONODI INGUINALI SUPERFICIALI, INTERVENTO DI
	VULVECTOMIA RADICALE ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA INGUINALE E PELVICA, INTERVENTO DI
Neurochirurgia	
<i>Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.</i>	
	ANASTOMOSI VASI INTRA-EXTRA CRANICI
	CERNIERA ATLANTO-OCCIPITALE, INTERVENTO PER MALFORMAZIONI PER VIA ANTERIORE O POSTERIORE
	CORDOTOMIA, RIZOTOMIA E AFFEZIONI MIELORADICOLARI VARIE, INTERVENTI DI
	CRANIOPLASTICA
	CRANIOTOMIA PER EMATOMA EXTRADURALE
	CRANIOTOMIA PER LESIONI TRAUMATICHE INTRACEREBRALI
	CRANIOTOMIA PER TUMORI CEREBELLARI, ANCHE BASALI
	ENCEFALOMENINGOCELE, INTERVENTO PER
	EPILESSIA FOCALE, INTERVENTO PER
	ERNIA DEL DISCO INTERVERTEBRALE CERVICALE, MIELOPATIE, RADICULOPATIE
	IPOFISI, INTERVENTO PER ADENOMA PER VIA TRANSFENOIDALE
	LAMINECTOMIA PER TUMORI INTRA-DURALI EXTRA MIDOLLARI
	LAMINECTOMIA PER TUMORI INTRAMIDOLLARI
	MALFORMAZIONE ANEURISMATICA INTRACRANICA (ANEURISMI SACCULARI, ANEURISMI CAROTIDEI, ALTRI ANEURISMI)
	MALFORMAZIONE ANEURISMATICA O ANGIOMATOSA CON COMPRESIONE RADICOLARE E/O MIDOLLARE
	NEOPLASIE ENDOCRANICHE, ASPORTAZIONE DI
	NEOPLASIE, CORDOTOMIE, RADICOTOMIE ED AFFEZIONI MENINGOMIDOLLARI, INTERVENTO ENDORACHIDEO
	PLESSO BRACHIALE, INTERVENTO SUL
	TRAUMI VERTEBRO-MIDOLLARI VIA ANTERIORE, INTERVENTO PER
	TUMORE ORBITALE, ASPORTAZIONE PER VIA ENDOCRANICA
	TUMORI DELLA BASE CRANICA, INTERVENTO PER VIA TRANSORALE
	TUMORI ORBITARI, INTERVENTO PER

Oculistica	
<i>Escluso qualsiasi intervento finalizzato ai trattamenti per la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, correzione della cornea.</i>	
Cornea	
	TRAPIANTO CORNEALE A TUTTO SPESSORE
	TRAPIANTO CORNEALE LAMELLARE
	TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI LIMBARI
	TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI LIMBARI COMBINATA CON APPOSIZIONE DI MEMBRANA AMNIOTICA
Ortopedia e traumatologia	
<i>Articolazioni: grandi (anca, ginocchio, spalla); medie (gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica); piccole (le restanti). Segmenti ossei: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti). Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.</i>	
Interventi cruenti	
	ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA ANTERIORE O SPONDILOLISTESI
	ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA POSTERIORE
	ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA POSTERIORE E ANTERIORE
	ARTRODESI: GRANDI ARTICOLAZIONI
	ARTRODESI: MEDIE ARTICOLAZIONI
	ARTROPLASTICHE: GRANDI (QUALSIASI MATERIALE)
	ARTROPLASTICHE: MEDIE (QUALSIASI MATERIALE)
	ARTROPLASTICHE: PICCOLE (QUALSIASI MATERIALE)
	ARTROPROTESI SPALLA, PARZIALE
	ARTROPROTESI SPALLA, TOTALE
	ARTROPROTESI: ANCA PARZIALE
	ARTROPROTESI: ANCA TOTALE
	ARTROPROTESI TOTALE D'ANCA, REVISIONE: INTERVENTO PER RIMOZIONE E RIPOSIZIONAMENTO ESEGUITO NELLO STESSO RICOVERO IN CUI È STATO ESEGUITO IL PRIMO INTERVENTO, COMPRESIVO DELL'INTERVENTO PRINCIPALE DI ARTROPROTESI D'ANCA TOTALE
	ARTROPROTESI TOTALE D'ANCA: INTERVENTO PER RIMOZIONE E RIPOSIZIONAMENTO ESEGUITO IN UN TEMPO SUCCESSIVO AL PRIMO RICOVERO
	ARTROPROTESI: GINOCCHIO
	ARTROPROTESI: GOMITO
	ARTROPROTESI: RIMOZIONE DI ARTROPROTESI SETTICA IN UN TEMPO SUCCESSIVO AL PRIMO INTERVENTO (PARZIALE O TOTALE) COME UNICO INTERVENTO
	COSTOLA CERVICALE E "OUTLET SYNDROME", INTERVENTO PER
	EMIPELVECTOMIA
	EMIPELVECTOMIE "INTERNE" CON SALVATAGGIO DELL'ARTO
	OSTEOSINTESI VERTEBRALE
	OSTEOTOMIA COMPLESSA (BACINO, VERTEBRALE)
	REIMPIANTI DI ARTO O SUO SEGMENTO
	RESEZIONE DEL SACRO
	RIDUZIONE CRUENTA E CONTENZIONE DI LUSSAZIONE TRAUMATICA DI COLONNA VERTEBRALE
	SPALLA, RESEZIONI COMPLETE SEC. TICKHOR-LIMBERG
	SVUOTAMENTO DI FOCOLAI METASTATICI ED ARMATURA CON SINTESI PIÙ CEMENTO
	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO (OMNICOMPRESIVO DI SERVIZI ED ATTI MEDICI)
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, GRANDI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, MEDI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, PICCOLI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, VERTEBRALI, ASPORTAZIONE DI
	UNCOFORAMINOTOMIA O VERTEBROTOMIA
Tendini - Muscoli - Aponeurosi - Nervi periferici	
	TRAPIANTI TENDINEI E MUSCOLARI O NERVOSI
Otorinolaringoiatria	
	NEOPLASIE DEL CONDOTTO, EXERESI
	NERVO VESTIBOLARE, SEZIONE DEL
	NEURINOMA DELL'OTTAVO PAIO
	STAPEDECTOMIA
	STAPEDOTOMIA
	TIMPANOPLASTICA CON MASTOIDECTOMIA
	TIMPANOPLASTICA SENZA MASTOIDECTOMIA
	TIMPANOPLASTICA, SECONDO TEMPO DI
	TUMORI DELL'ORECCHIO MEDIO, ASPORTAZIONE DI
Naso e seni paranasali	
<i>Escluse le prestazioni con finalità estetiche.</i>	
	TUMORI MALIGNI DEL NASO O DEI SENI, ASPORTAZIONE DI
Faringe - Cavo orale - Orofaringe	
	FARINGECTOMIA PARZIALE
	NEOPLASIE PARAFARINGEE
	TUMORE MALIGNO FARINGOTONSILLARE, ASPORTAZIONE DI
	VELOFARINGOPLASTICA
Laringe e lpfaringe	
	CORDECTOMIA
	CORDECTOMIA CON IL LASER
	DIAFRAMMA LARINGEO, ESCISSIONE CON RICOSTRUZIONE PLASTICA
	EPIGLOTTIDECTOMIA

	LARINGECTOMIA PARZIALE
	LARINGECTOMIA PARZIALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE
	LARINGECTOMIA TOTALE SENZA SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE
	LARINGECTOMIA TOTALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE
	LARINGECTOMIA TOTALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE BILATERALE
	LARINGOFARINGECTOMIA TOTALE
Radiologia interventistica	
<i>Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.</i>	
	EMBOLIZZAZIONE MALFORMAZIONI E/O ANEURISMI E/O FISTOLE VASCOLARI CEREBRALI O TUMORI ENDOCRANICI
	POSIZIONAMENTO DI STENT CAROTIDEO CON SISTEMA DI PROTEZIONE CEREBRALE PER TRATTAMENTO STENOSI CAROTIDEE
	TIPS (SHUNT PORTO-SOVRAEPATICO)
Urologia - Atti chirurgici	
Rene	
	EMINEFRECTOMIA
	NEFRECTOMIA ALLARGATA PER TUMORE CON EVENTUALE TRATTAMENTO DI TROMBO CAVALE (COMPRESA SURRENECTOMIA)
	NEFRECTOMIA POLARE
	NEFRECTOMIA SEMPLICE
	NEFROURETERECTOMIA RADICALE CON LINFOADENECTOMIA PIÙ EVENTUALE SURRENECTOMIA, INTERVENTO DI
	NEFROURETERECTOMIA RADICALE (COMPRESA SURRENECTOMIA)
	SURRENECTOMIA
	TRAPIANTO DI RENE (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Uretere	
	MEGAURETERE, INTERVENTO PER RIMODELLAGGIO
Vescica	
	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON ILEO O COLOBLADDER
	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON NEOVESCICA RETTALE COMPRESA
	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON URETEROSIGMOIDOSTOMIA BILATERALE O URETEROCUTANEOSTOMIA
	VESCICA, PLASTICHE DI AMPLIAMENTO (COLON/ILEO)
	VEVICOPLASTICA ANTIREFLUSSO BILATERALE
	VEVICOPLASTICA ANTIREFLUSSO UNILATERALE
Prostata	
	PROSTATECTOMIA RADICALE PER CARCINOMA CON LINFOADENECTOMIE, COMPRESA EVENTUALE LEGATURA DEI DEFERENTI (QUALSIASI ACCESSO E TECNICA)
Apparato genitale maschile	
	EMASCULATIO TOTALE ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	ORCHIECTOMIA ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA ADDOMINALE O RETROPERITONEALE MONOLATERALE
	ORCHIECTOMIA ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA ADDOMINALE O RETROPERITONEALE BILATERALE
	PENE, AMPUTAZIONE TOTALE CON LINFOADENECTOMIA

**ALLEGATO 2
Diagnostica e terapie di Alta Specializzazione**

ALTA DIAGNOSTICA	
DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	
Accertamenti neurologici	
	elettroencefalogramma
Accertamenti cardiologici	
	ECGHolter
	Ecocardiogramma o ecocardioppler o ecocardiocolor Doppler
Angiografia	
	ANGIOGRAFIA CAROTIDEA O VERTEBRALE INTRACRANIO
	ANGIOGRAFIA MIDOLLARE (1 DISTRETTO)
	ANGIOGRAFIA MIDOLLARE (2 DISTRETTI)
	ANGIOGRAFIA MIDOLLARE (3 DISTRETTI O COMPLETA)
	ARTERIOGRAFIA AORTA ADDOMINALE O AORTA TORACICA
	ARTERIOGRAFIA AORTO ADDOMINALE + ARTERIOGRAFIA SELETTIVA
	ARTERIOGRAFIA AORTO ADDOMINALE + ILIACA ED ARTI INFERIORI
	ARTERIOGRAFIA ARCO AORTICO E VASI EPIAORTICI
	ARTERIOGRAFIA ARCO AORTICO, VASI EPIAORTICI E AORTA TORACICA (COMPRESI ARTI SUPERIORI)
	ARTERIOGRAFIA ARTO INFERIORE MONOLATERALE (UNICO ESAME)
	ARTERIOGRAFIA ILIACA E ARTERIE FEMORALI COMPRESI ARTI INFERIORI
	ARTERIOGRAFIA POLMONARE
	ARTERIOGRAFIA POLMONARE E CAVOGRAFIA
	ARTERIOGRAFIA TOTAL BODY DELL'AORTA (DISTRETTO SOPRAORTICO-TORACICA-ADDOMINALE)
	CAVOGRAFIA INFERIORE O SUPERIORE
	CONTROLLO TIPS
	FLEBOGRAFIA ARTI SUPERIORI E CAVOGRAFIA
	FLEBOGRAFIA ARTI SUPERIORI O INFERIORI
	FLEBOGRAFIA DELL'ORBITA
	FLEBOGRAFIA DI UN ARTO
	FLEBOGRAFIA OVARICA MONOLATERALE
	FLEBOGRAFIA OVARICA BILATERALE
	FLEBOGRAFIA SPERMATICA MONOLATERALE
	FLEBOGRAFIA SPERMATICA BILATERALE
	FLEBOGRAFIA SPINALE
	LINFOGRAFIA
	MIDOLLARE
	PANANGIOGRAFIA CEREBRALE
Risonanza Magnetica Nucleare	
	USO DI QUALSIASI MEZZO DI CONTRASTO
	- angio o wirsung rmn
	- arti o articolazioni
	- cervello o flussi liquorali
	- muscoloscheletrica
	ANGIO R.M. (QUALSIASI DISTRETTO VASCOLARE - A DISTRETTO)
	ATM MONOLATERALE
	CINE R.M. COME STUDIO FUNZIONALE DI ARTICOLAZIONI
	COLANGIO E/O WIRSUNG RMN
	R.M. ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI
	R.M. ADDOME SUPERIORE O INFERIORE - PELVI
	R.M. ARTICOLAZIONE ED 1 SEGMENTO OSSEO (GINOCCHIO - SPALLA - GOMITO - COLLO PIEDE - ETC.)
	R.M. OGNI ARTICOLAZIONE E SEGMENTO OSSEO OLTRE AL PRIMO
	R.M. BACINO O COLLO O LARINGE O FARINGE O CRANIO O IPOFISI O NERVI ACUSTICI O MAMMELLA BILATERALE O MASSICCIO FACCIALE O TORACE E MEDIASTINO
	R.M. CUORE
	R.M. RACHIDE E MIDOLLO SPINALE (1 TRATTO)
	R.M. RACHIDE E MIDOLLO SPINALE (2 TRATTI)
	R.M. RACHIDE E MIDOLLO SPINALE (3 TRATTI)
	R.M. TOTAL BODY: CRANIO, TORACE, ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI
	STUDIO DEI FLUSSI LIQUORALI CEREBRALI
Scintigrafia	
	- angiocardioscintigrafia o angiografia cardiaca
	- angioscintigrafia o flebosintigrafia
	- cerebrale
	- cisternoscintigrafia o cistosintigrafia
	- globale corporea
	- immunoscintigrafia
	- linfoscintigrafia
	- mammaria
	- miocardio
	- PET
	- polmonare
	- renale o surrenale o epatobiliare o epatosplenica o splenica o epatica

	- spect
	- tiroidea
Tomografia Assiale Computerizzata	
	USO DI QUALSIASI MEZZO DI CONTRASTO
	ANGIO T.C. DI QUALSIASI DISTRETTO - A DISTRETTO CON EVENTUALE RICOSTRUZIONE 3D
	ARTROTAC O T.C. DISTRETTI ARTICOLARI/SEGMENTI OSSEI
	BRONCOSCOPIA VIRTUALE (ESEGUITA CON TC PIÙ RICOSTRUZIONE 3D PIÙ ENDOSCOPIA VIRTUALE)
	COLONSCOPIASCOPIA VIRTUALE (ESEGUITA CON TC PIÙ RICOSTRUZIONE 3D PIÙ ENDOSCOPIA VIRTUALE)
	DENTASCAN: 1 ARCATA
	DENTASCAN: 2 ARCADE
	MIELO T.C.: 1 TRATTO COLONNA VERTEBRALE
	MIELO T.C.: 2 TRATTI COLONNA VERTEBRALE
	MIELO T.C.: 3 TRATTI COLONNA VERTEBRALE
	O.C.T. - TOMOGRAFIA A COERENZA OTTICA
	T.C. ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI
	T.C. BACINO E SACRO
	T.C. COLONNA VERTEBRALE: 1 SEGMENTO CON UN MINIMO DI 3 SPAZI INTERSOMATICI
	T.C. COLONNA VERTEBRALE: 2 SEGMENTI (CERVICALE E DORSALE O LOMBOSACRALE E SACROCOCCIGEO)
	T.C. COLONNA VERTEBRALE: 3 SEGMENTI (CERVICALE E DORSALE E LOMBOSACRALE O SACROCOCCIGEO)
	T.C. CRANIO E/O ORBITE O T.C. CRANIO E/O SELLA TURCICA O T.C. CRANIO E/O ROCHE PETROSE O T.C. CRANIO E/O MASTOIDI
	TC MASCELLARE CON ELABORAZIONE COMPUTERIZZATA SUPERIORE O INFERIORE (VITREA)
	T.C. TORACE O ADDOME SUPERIORE O INFERIORE - PELVI
	T.C. TOTAL BODY: CRANIO, TORACE, ADDOME SUPERIORE E INFERIORE - PELVI
	TAC/PET
	· angioT.C.
	· artrotac
	· broncoscopia
	· colonna
	· colonscopia
	· mieloT.C.
	· O.C.T.
	· PET
	· stratigrafia
	· toraceoaddome
	· totalbody
Accertamentiradiologici (RX)	
	· Urografia
Terapie:	
	· Dialisi
Medicina nucleare (scintigrafia)	
Apparato circolatorio	
	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO
	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO
	ANGIOSCINTIGRAFIA DISTRETTI ARTERIOSI O VENOSI
	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO (SPECT)
	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO (PLANARE)
	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO E DOPO STIMOLO (PET)
	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO E DOPO STIMOLO (PLANARE)
	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO PER L'IDENTIFICAZIONE DEL MIOCARDIO VITALE MEDIANTE REINIEZIONE
	SCINTI O TOMO SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO A RIPOSO E DOPO STIMOLO (SPECT)
	STUDIO DELLA FUNZIONE VENTRICOLARE GLOBALE E REGIONALE (GATED-SPECT)
Apparato digerente	
	RICERCA DI MUCOSA GASTRICA ECTOPICA
	SCINTIGRAFIA DELLE GHIANDOLE SALIVARI
	VALUTAZIONE DELLE GASTRO ENTERORRAGIE
Apparato emopoietico	
	DETERMINAZIONE DEL TEMPO DI SOPRAVVIVENZA DELLE EMAZIE
	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO E DEL VOLUME ERITROCITARIO
	DETERMINAZIONE DELLA CINETICA PIASTRINICA
	DETERMINAZIONE DELL'ASSORBIMENTO INTESTINALE DELLA VITAMINA B12 (TEST DI SCHILLING)
	LINFOSCINTIGRAFIA SEGMENTARIA
	MISURA DELL'ASSORBIMENTO O DELLA PERMEABILITÀ INTESTINALE
	STUDIO COMPLETO DELLA FERROKINETICA
Apparato articolare osteo-	
articolare	
	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)
	SCINTIGRAFIA GLOBALE SCHELETRICA
	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE POLIFASICA SEGMENTARIA
	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA
Apparato respiratorio	
	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO
	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (PLANARE)

	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (SPECT)
	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA
Apparato urinario	
	CISTOSCINTIGRAFIA DIRETTA
	SCINTIGRAFIA RENALE CON DMSA (PLANARE)
	SCINTIGRAFIA RENALE CON DMSA (SPECT)
	SCINTIGRAFIA RENALE SEQUENZIALE CON TRACC. A RAPIDA ESCREZIONE ED ELABORAZIONE E VALUTAZIONE PARAMETRI SEMIQUANTITATIVI E/O QUANTITATIVI E MISURA DEL FILTRATO GLOMERULARE
Fegato e vie biliari e milza	
	SCINTIGRAFIA EPATICA (SPECT)
	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORE POSITIVO (PLANARE)
	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORE POSITIVO (SPECT)
	SCINTIGRAFIA EPATO-BILIARE SEQUENZIALE
	SCINTIGRAFIA EPATOSPLENICA (PLANARE)
	SCINTIGRAFIA EPATOSPLENICA CON FLUSSIMETRIA E CLEARANCE KUPFFERIANA
	SCINTIGRAFIA SPLENICA CON EMASIE AUTOLOGHE
Sistema nervoso centrale	
	SCINTIGRAFIA CEREBRALE (PLANARE)
	SCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPECT)
	SCINTIGRAFIA CEREBRALE PLANARE CON ANGIOSCINTIGRAFIA
	SCINTIGRAFIA CEREBRALE QUALITATIVA (PET)
	SCINTIGRAFIA CEREBRALE QUANTITATIVA (PET)
	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO CORPOREO TOTALE
Tiroide e paratiroide	
	CAPTAZIONE TIROIDEA
	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI (INCLUSA SCINTIGRAFIA TIROIDEA)
	SCINTIGRAFIA TIROIDEA
	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORE POSITIVO
	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA PER RICERCA METASTASI TUMORI TIROIDEI
Altri organi	
	IMMUNOSCINTIGRAFIA
	RICERCA DI FOCOLAI FLOGISTICI CON LEUCOCITI AUTOLOGHI MARCATI
	RICERCA LINFONODO SENTINELLA (CHIRURGIA RADIOGUIDATA)
	SCINTIGRAFIA DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE
	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA PER LOCALIZZAZIONE NEOPLASTICA CON INDICATORI POSITIVI
	SCINTIGRAFIA MAMMARIA BILATERALE
	SCINTIGRAFIA SURRENALE
	TAC/PET
Cardiologia	
	CARDIOTOCOGRAFIA
	E.C.G. DI BASE
	E.C.G. DI BASE E DOPO SFORZO (TEST DI MASTER)
	E.C.G. DI BASE E DOPO SFORZO TREADMILL
	E.C.G. DINAMICO SECONDO HOLTZ (24 H)
	E.C.G. DOMICILIARE
	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA DINAMICO CONTINUO (24 H)
	STUDIO ELETTROFISIOLOGICO TRANSESOFAGEO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO
	TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O AL TAPPETO ROTANTE) COMPRESO ONORARIO PROFESSIONALE
	TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O AL TAPPETO ROTANTE) CON DETERMINAZIONE CONSUMO DI O2 COMPRESO ONORARIO PROFESSIONALE
	TILT TEST
Cardiologia Interventistica	
	CATERETERISMO DESTRO E SINISTRO E CALCOLO PORTATE E GRADIENTI CON CORONAROGRAFIA + VENTRICOLOGRAFIA DESTRA E SINISTRA
	CORONAROGRAFIA + VENTRICOLOGRAFIA SINISTRA + CATERETERISMO SINISTRO
	CORONAROGRAFIA CIRCOLO NATIVO + STUDIO SELETTIVO DI BYPASS VENOSI ED ARTERIOSI + VENTRICOLOGRAFIA SINISTRA + CATERETERISMO SINISTRO
Oculistica	
	FLUORANGIOGRAFIA DELLA RETINA CON VERDE INDOCIANINA
	RETINOLOGRAFIA
	FLUORANGIOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE
	FLUORANGIOGRAFIA DELLA RETINA CON FLUORESCINA
Ostetricia	
	AMNIOCENTESI
Radiologia	
	ARTROGRAFIA
	ARTROGRAFIA ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE BILATERALE (COMPARATIVA)
	ARTROGRAFIA ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE MONOLATERALE
	BRONCOGRAFIA, MONOLATERALE O BILATERALE
	CISTOGRAFIA
	CISTOGRAFIA CON DOPPIO CONTRASTO

	COLANGIOGRAFIA ATTRAVERSO TUBO DI KEHR O POST OPERATORIA
	COLANGIOGRAFIA ENDOVENOSA (CON EVENTUALI PROVE FARMACOLOGICHE)
	COLANGIOGRAFIA INTRA OPERATORIA
	COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA
	COLANGIOGRAFIA RETROGRADA
	COLANGIOPANCREATOGRAFIA DIAGNOSTICA (ERCP ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY)
	COLECISTOGRAFIA PER OS CON O SENZA PROVA DI BRONNER
	COLPO-CISTO-DEFECOGRRAFIA
	DEFECOGRRAFIA
	DACRIOCISTOGRAFIA
	FISTOLOGRAFIA
	GALATTOGRAFIA
	ISTEROSALPINGOGRAFIA (COMPRESO ESAME DIRETTO) - COMPRESA PRESTAZIONE DEL RADIOLOGO/GINECOLOGO
	MIELOGRAFIA CERVICALE O DORSALE
	SCIALOGRAFIA
	SPLENOPORTOGRAFIA
	UROGRAFIA (ESAME COMPLETO)
	VESCIKOLO DEFERENTOGRAFIA
ENDOSCOPIE BIOPSIA	SENZA
	BRONCOSCOPIA VIRTUALE (ESEGUITA CON TC PIU RICOSTRUZIONE 3D PIU ENDOSCOPIA VIRTUALE)
	COLONSCOPIA VIRTUALE (ESEGUITA CON TC PIU RICOSTRUZIONE 3D PIU ENDOSCOPIA VIRTUALE)
	ECOENDOSCOPIA DEL RETTO
	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA COMPRESO PASSAGGIO DI SONDA DI DILATAZIONE
	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA DIAGNOSTICA ED EVENTUALE TEST RAPIDO H. PYLORI
	RETTOSCOPIA DIAGNOSTICA CON STRUMENTO RIGIDO
	RETTOSIGMOIDOSCOPIA DIAGNOSTICA CON FIBRE OTTICHE

ALTA SPECIALIZZAZIONE	
TERAPIE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	
Chemioterapia	
	PRESTAZIONI EQUIPE MEDICA ONCOLOGICA IN REGIME DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL (DEGENZA DIURNA) O AMBULATORIALE O DOMICILIARE PER MONO-POLICHEMIOTERAPIA ANTIBLASTICA E/O IPERTERMIA, CON INFUSIONE CONTINUA (comprensiva del costo del farmaco somministrato)
	USO POMPA ELETTRONICA PORTATILE PER INFUSIONE CONTINUA O CIRCADIANA PER MONO-POLICHEMIOTERAPIA
Radioterapia	
	IPERTERMIA ASSOCIATA ALLA RADIOTERAPIA
	POSIZIONAMENTO DI PLACCHE PER LA RADIOTERAPIA DEL MELANOMA COROIDALE COMPRESA PRESTAZIONE DEL MEDICO OCULISTA
	RADIOTERAPIA CON TECNICHE SPECIALI: IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEBI)
	RADIOTERAPIA CON TECNICHE SPECIALI: IRRADIAZIONE EMICORPOREA (HBI)
	RADIOTERAPIA CON TECNICHE SPECIALI: PANIRRADIAZIONE (TBI) FRAZIONATA
	RADIOTERAPIA CON TECNICHE SPECIALI: PANIRRADIAZIONE (TBI)
	RADIOTERAPIA CONFORMAZIONALE DINAMICA CON COLLIMATORE MICRO-MULTI-LEAF
	RADIOTERAPIA IMRT
	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA (ANCHE CYBER KNIFE)
	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA PLURIFRAZIONATA
	SIMULAZIONE PER RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON ANGIOGRAFIA
	SIMULAZIONE PER RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON TAC
	SISTEMA IMMOBILIZZAZIONE PER RADIOTERAPIA 3D E DINAMICA
Laserterapia	
	LASERTERAPIA ANTALGICA
	LASERTERAPIA VAGINALE O VULVARE O DELLA PORTIO
	LASERTERAPIA DEGLI ANNESSI, DELLA CONGIUNTIVA, DEI NEOVASI O NUBECOLE CORNEALI
	LASERTERAPIA DEL GLAUCOMA E DELLE SUE COMPLICANZE
	LASERTERAPIA DELLE VASCULOPATIE E/O MALFORMAZIONI RETINICHE
	LASERTERAPIA IRIDEA
	LASERTERAPIA LESIONI RETINICHE
	LASERTERAPIA NELLA RETINOPATIA DIABETICA
Dialisi	
	CICLODIALISI
	EMODIALISI

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - (Art.13 e 14 Reg.EU 679/2016)

A far corso dal 25 Maggio 2018 è applicabile il Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali. La nostra Società in qualità di Titolare del trattamento, come prescritto dalla normativa europea per la tutela dei dati personali (Regolamento Europeo 679/2016), desidera informarla che, al fine di fornire i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti, i dati personali saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti:

1. Titolare del Trattamento

Il Titolare del trattamento, ovvero il soggetto cui spettano le decisioni riguardo alle finalità, modalità e sicurezza dei dati personali, è Harmonie Mutuelle, stabilimento italiano, Via Leone XIII, 14 20145 Milano, e-mail: privacy@harmoniemutuelleitalia.it

2. Responsabile per la protezione dei dati personali

Il Responsabile per la protezione dei dati, altresì noto con l'acronimo DPO, sorveglia il rispetto della normativa in materia di dati personali e coopera con l'autorità di controllo (il Garante per la Protezione dei Dati Personali). Il nostro responsabile per la protezione dei dati personali è raggiungibile:

- Per e-mail all'indirizzo dpo@harmoniemutuelleitalia.it;
- Per posta cartacea all'indirizzo Harmonie Mutuelle Italia, Att.ne Responsabile della Protezione dei Dati, Via Leone XIII, 14 20145 Milano;
- Fisicamente, previo appuntamento, presso gli uffici in Via Leone XIII, 14 20145 Milano.

3. Finalità e basi giuridiche del trattamento.

I dati personali che lei ci fornirà e che saranno raccolti nel corso dell'erogazione dei servizi da lei richiesti saranno trattati per le finalità e secondo le basi giuridiche di seguito indicate:

FINALITÀ <i>(Perché trattiamo i suoi dati)</i>	BASE GIURIDICA <i>(Sulla base di quale disposizione di legge li trattiamo.)</i>	CONSEGUENZE IN CASO DI RIFIUTO AL TRATTAMENTO <i>(Cosa accade se lei rifiuta di conferire i dati personali e/o di autorizzare il trattamento)</i>
Per espletare le attività contrattuali di cui alla legge 792/84, nella loro gestione ed esecuzione.	Limitatamente ai dati personali che non appartengono a categorie particolari (es. dati sulla salute): art. 6 par.1 lett. b) "il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte". Riguardo ai dati particolari: art. 9 par. 2 lett. a) "L'interessato ha prestato il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per le finalità specifiche indicate a lato".	Per quanto riguarda il trattamento dei dati non appartenenti a categorie particolari non occorre il consenso, mentre invece per il trattamento dei dati appartenenti a categorie particolari occorre l'esplicito consenso dell'assicurato. Nel caso in cui l'assicurato rifiuti di conferire i propri dati personali non sarà possibile dare esecuzione al contratto sottoscritto a suo favore. Qualora l'assicurato rifiutasse di prestare il consenso al trattamento dei dati particolari, poiché tali informazioni sono necessarie ai fini contrattuali, non sarà possibile procedere alla gestione dei sinistri. Infine, in caso di revoca del consenso al trattamento dei dati particolari da parte dell'assicurato, non si potrà proseguire il contratto nei suoi confronti.
Per svolgere gli adempimenti amministrativi, contabili, fiscali, antiriciclaggio relativi alle prestazioni di cui alla superiore finalità.	Limitatamente ai dati che non appartengono a categorie particolari (p.es. dati sulla salute); art. 6 par.1 lett. c) "il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento".	Non occorre il consenso, tuttavia se l'assicurato rifiuta di conferire i suoi dati personali essendo tali adempimenti necessari per legge non sarà possibile dare esecuzione al contratto sottoscritto a suo favore.
Per finalità di rilevazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche, promozione e vendita di servizi e/o prodotti svolte per posta o telefono, con sistemi anche automatizzati, e-mail, fax, messaggi preregistrati e SMS, ed analisi dei prodotti e servizi richiesti.	Art. 6 par. 1 lett. f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nel miglioramento dei servizi e nella promozione dei propri servizi".	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.
Per la gestione di eventuali reclami.	Art. 6 par. 1 lett. f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nella gestione della Procedura per la gestione dei reclami".	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.
Per la prevenzione delle frodi.	Art. 6 par. 1 lett. f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nel prevenire frodi assicurative".	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.

4. Destinatari e categorie di dati trattati.

I dati personali acquisiti alla sottoscrizione del contratto e nel corso della prestazione saranno trattati esclusivamente da personale all'uopo autorizzato da responsabili del trattamento all'uopo designati. Per la gestione di alcuni contratti, Harmonie Mutuelle, oltre che ai propri collaboratori, può affidarsi a collaboratori esterni e a società partner nonché a strutture sanitarie e professionisti del settore convenzionati e ripartiti su tutto il territorio italiano.

Oltre ai soggetti legittimati per legge, i dati personali dell'assicurato potranno essere comunicati esclusivamente a quei soggetti cui l'assicurato stesso ci autorizza. In particolare, per le finalità sotto espresse vengono effettuate le seguenti comunicazioni.

FINALITÀ	CATEGORIA DI DATI	DESTINATARI
Per lo svolgimento di attività connesse alla erogazione dei servizi oggetto del contratto.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Persone fisiche o giuridiche delle quali la società si avvale quali responsabili del trattamento.
Per la formulazione di pareri.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Medici legali, Consulenti Medici.
Per adempimenti connessi al rapporto assicurativo.	Identificativi, dati contrattuali.	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.
Per la prevenzione di frodi o per la gestione di contenziosi.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Legali, investigatori e periti.
Per adempimenti connessi al rapporto assicurativo.	Identificativi, dati contrattuali.	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 consorzi propri del settore assicurativo.
Per soddisfare obblighi di legge.	Identificativi, dati contrattuali.	IVASS ed altre pubbliche amministrazioni, in particolare Agenzia delle Entrate.

5. Trasferimento all'estero

I dati personali dell'assicurato non sono trasferiti al di fuori dell'Unione Europea.

6. Periodo di conservazione dei dati personali e criteri utilizzati

I dati personali oggetto di trattamento sono raccolti in documenti la cui conservazione è stabilita coerentemente alle finalità di trattamento come sotto riepilogato.

CATEGORIE DI DOCUMENTI	CRITERI PER DETERMINARE LA DURATA DELLA CONSERVAZIONE
Documentazione contrattuale.	Sarà conservata per 10 anni a decorrere dalla data di cessazione del contratto, salvo proroghe dovute ad esempio all'esercizio del diritto di limitazione ovvero per contenziosi in corso.
Documentazione contabile e fiscale ed amministrativa.	Sarà conservata per 10 anni a decorrere dalla data di emissione del documento, salvo proroghe dovute per esempio a contenziosi in corso o proroghe dei termini di accertamento.

7. Diritti dell'interessato.

Il Regolamento riconosce all'assicurato i seguenti diritti che lei può esercitare nei confronti di e contro ciascun contitolare.

Un estratto completo degli articoli di legge che seguono è riportato in allegato.

- **Diritto di accesso:** L'art.15 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento dati che la riguarda ed in tal caso di ottenere l'accesso a tali dati.
- **Diritto di rettifica:** L'art. 16 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che la riguardano senza ingiustificato ritardo. Tenuto conto delle finalità del trattamento, l'interessato ha il diritto di ottenere l'integrazione dei dati personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa.
- **Diritto di cancellazione:** L'art. 17 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che la riguardano senza ingiustificato ritardo se sussiste uno dei motivi previsti dalla norma.
- **Diritto di limitazione:** L'art. 18 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dalla norma.
- **Diritto di opposizione:** L'art. 21 del Regolamento Europeo le consente di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che la riguardano ai sensi dell'articolo 6, paragrafo 1, lettere e) o f), compresa la profilazione sulla base di tali disposizioni.
- **Diritto alla portabilità:** L'art. 20 del Regolamento Europeo le consente di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che la riguardano forniti a un titolare del trattamento e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti secondo le condizioni previste dalla norma
- **Diritto di revoca del consenso:** L'art. 7 del Regolamento Europeo le consente di revocare il consenso da lei prestato in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.
- **Diritto di reclamo:** L'art. 77 del Regolamento Europeo, qualora lei ritenga che il trattamento che la riguarda violi il regolamento, le riconosce il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui lei risiede abitualmente, lavora oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione.

8. Ulteriori informazioni

Un estratto completo degli articoli di legge sopra richiamati è disponibile presso l'Ufficio del DPO.

Tale ufficio potrà fornirle tutte le spiegazioni di cui lei avesse bisogno riguardo l'esercizio dei suoi diritti; le richieste possono essere inoltrate per iscritto, corredate da un documento valido di riconoscimento, presso Harmonie Mutuelle, all'attenzione dell'Ufficio del DPO.

9. Collaborazione

La protezione dei dati che riguardano l'assicurato e il rispetto dei principi previsti dalla normativa, con particolare riferimento al principio di trasparenza, sono per noi valori di primaria importanza; le saremo grati se vorrà aiutarci segnalandoci eventuali incomprensioni del presente documento ovvero suggerendoci miglioramenti presso i riferimenti del titolare come sopra indicato.

INFORMATIVA SULL'USO DELLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA PER LE INFORMAZIONI PRECONTRATTUALI E LA GESTIONE DEI CONTRATTI ASSICURATIVI

In conformità alla normativa vigente assicurativa, la nostra Società ha necessità di raccogliere il suo consenso ad inviarle, in formato elettronico ed al contatto da lei indicato in anagrafica, la documentazione e le comunicazioni, precontrattuali e contrattuali, previste dalla normativa e funzionali alla gestione dei servizi richiesti. In mancanza di tale consenso, le invieremo tali comunicazioni obbligatorie in formato cartaceo. Tale consenso ha riferimento a tutti i contratti stipulati con la nostra Compagnia e potrà da essere revocato liberamente in qualsiasi momento.

FACSIMILE DI RECLAMO ALL'IMPRESA

Harmonie Mutuelle Italia
Ufficio Reclami
Via Leone XIII, 14
20145 Milano –
e-mail:
ufficioreclami@harmoniemutuelleitalia.it

Reclamo relativo a: polizza n. xxx.xxx e/o sinistro n.del.....

Assicurato:

Il sottoscritto *(indicare nome, cognome, domicilio e recapito telefonico di colui che propone il reclamo sia che si tratti del soggetto direttamente interessato sia che si tratti di soggetto che agisce su incarico del reclamante*)*

reclama quanto segue

(descrivere il motivo del reclamo ossia la condotta o il servizio oggetto di lamentela e tutte le circostanze utili per la valutazione).

In relazione a quanto sopra chiede all'impresa di assicurazione in indirizzo di..... *(esplicitare le richieste che si vogliono proporre all'impresa ed eventuali argomentazioni a sostegno delle stesse).*

Si allega *(produrre la documentazione utile e necessaria a valutare la condotta o il servizio oggetto di lamentela).*

Si resta in attesa di riscontro entro 45 giorni dal provvedimento della presente
(Regolamento Isvap 24/08)

Data

Firma *(del soggetto che propone il reclamo)*

*** In quest'ultimo caso è necessaria la controfirma del reclamo da parte del soggetto interessato per consentire l'immediata trattazione delle eventuali informazioni riservate della persona nel cui interesse si propone il reclamo.**