Assicurazione: Infortuni e Malattia

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Impresa di Assicurazione: Aviva Italia S.p.A. **Prodotto: "Aviva Salute Premium"**

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

Che tipo di assicurazione è?

E' una polizza riservata a correntisti di FinecoBank S.p.A. che garantisce, in caso di Infortunio o Malattia, il rimborso di determinate spese mediche Ospedaliere ed Extra-Ospedaliere, prestazioni odontoiatriche e assistenza sanitaria in caso di emergenza, a seconda del pacchetto prescelto. In aggiunta, è previsto un rimborso spese forfettario in caso di non autosufficienza, a seguito di Infortunio sul lavoro o Malattia.

Che cosa è assicurato?

Il Contraente può scegliere se assicurare solo se stesso (formula Individuale) oppure tutto il suo nucleo familiare, compreso se stesso (formula Nucleo familiare).

Sono previsti 6 Pacchetti alternativi, con differente composizione delle garanzie, tra cui il Contraente può scegliere:
Care Base Easy - comprensivo delle sole garanzie Copertura Salute; Care Base - comprensivo delle garanzie Copertura Salute e Cure Odontoiatriche in Network; Care & Smile Base - comprensivo delle garanzie Copertura Salute, Cure Odontoiatriche in Network e Estensione Dental (Cure Odontoiatriche Fuori Network); Care Plus Easy - comprensivo delle garanzie Copertura Salute e Estensione Salute; Care Plus - comprensivo delle garanzie Copertura Salute, Estensione Salute e Cure Odontoiatriche in Network; Care & Smile Plus - comprensivo delle garanzie Copertura Salute, Estensione Salute, Cure Odontoiatriche in Network e Estensione Dental (Cure Odontoiatriche Fuori Network).

La garanzia Copertura Salute, sempre operante, comprende le seguenti prestazioni:

- ✓ Ospedaliere: Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi;
- ✓ Extraospedaliere: Pacchetti di prevenzione In Network; Alta Diagnostica;
- ✓ Non Autosufficienza (Base)

L'Estensione Salute, comprende le seguenti prestazioni:

Ospedaliere: Ricoveri con e senza intervento, Day Hospital/Day Surgery, Intervento ambulatoriale;
Extraospedaliere: Visite Specialistiche e Analisi di laboratorio; Protesi ortopediche ed apparecchi acustici; Lenti correttive della vista;
Non Autosufficienza (Plus)

Le Cure Odontoiatriche in Network comprendono le seguenti prestazioni:

Prestazioni di Implantologia
Avulsione (estrazione denti)
Prevenzione odontoiatrica
Emergenza odontoiatrica
Altre cure dentarie

L'Estensione Dental (Cure Odontoiatriche Fuori Network), comprende le seguenti prestazioni:

Igiene e Visita;
Altre cure dentarie;
Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

Tutti i pacchetti prevedono i servizi aggiuntivi:

- ✓ Assistenza "ComfortSalute".

I massimali sono stabiliti dal pacchetto prescelto.

Che cosa non è assicurato?

Le persone:

- ✗ affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), sieropositività da HIV;
- ✗ non appartenenti al Nucleo familiare del Contraente;
- ✗ non residenti nel territorio della Repubblica Italiana;
- ✗ che, al momento dell'ingresso in copertura, abbiano un'età superiore a 65 anni compiuti.

Ci sono limiti di copertura?

In relazione alle garanzie Prestazioni Ospedaliere e Non Autosufficienza, l'Assicurazione non opera per:

- ! le conseguenze dirette di malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici per le quali l'Assicurato ha ricevuto una diagnosi e/o prescrizione di esami, farmaci, cure, trattamenti prima della sottoscrizione della Proposta-Polizza.

In relazione alle garanzie Cure Odontoiatriche in Network ed Estensione Dental (Cure Odontoiatriche Fuori Network), l'Assicurazione non opera per:

- ! le malattie, stati patologici e/o difetti fisici e/o anomalie congenite preesistenti alla data di sottoscrizione della Proposta-Polizza; parimenti vengono escluse le prestazioni odontoiatriche rese necessarie da situazioni patologiche, stati patologici o necessità di sostituzione protesi per grave usura già in atto al momento della sottoscrizione della Proposta-Polizzadell'Assicurazione.

In relazione a tutte le garanzie, sono esclusi dall'Assicurazione principalmente:

- ! gli infortuni occorsi prima della sottoscrizione della Proposta-Polizza, nonché le loro complicanze e conseguenze dirette e indirette e i relativi postumi;
- ! le prestazioni successive alla data di scadenza o di anticipata cessazione della polizza, per qualsiasi motivo, anche se la malattia si è manifestata e l'infortunio è avvenuto durante il periodo di validità della garanzia;
- ! gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: partecipazione a corse/gare comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore e relative prove e allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura), sport aerei, salto dal trampolino con gli sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, mountain bike e "downhill";
- ! gli infortuni derivanti dalla pratica di sport a livello professionistico primaria o secondaria (o comunque in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione) e relative gare, prove ed allenamenti;

L'assicurazione prevede franchigie e scoperti diversi a seconda della garanzia.

Dove vale la copertura?

✓ L'assicurazione è valida per sinistri e prestazioni effettuate in tutto il mondo.

Che obblighi ho?

- All'inizio del contratto:
  L'Assicurato ha il dovere, all'atto di sottoscrizione del Contratto, di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni per lo stesso rischio.
  Ai fini dell'applicazione dello sconto del 10% sul premio in caso di estensione dell'assicurazione al Nucleo familiare, è necessario assicurare tutti i componenti rientranti nella definizione di Nucleo familiare. Se un componente del Nucleoha già in corso altra copertura sanitaria analoga a quella oggetto del presente documento (in termini di garanzie) da parte di altra impresa di assicurazione, Enti, Casse o Fondi Integrativi del SSN, il Contraente della Proposta-Polizza può scegliere una delle seguenti opzioni: a) non inserire in copertura il suddetto familiare; b) inserire in copertura il suddetto familiare, per il quale la presente Assicurazione funzionerà a Secondo Rischio. In entrambi i casi, il Contraente mantiene il diritto allo sconto.
- Nel corso della durata del contratto:
  Il Contraente deve comunicare, anche tramite l'Intermediario:
  - i cambiamenti che comportino un aggravamento o una diminuzione del rischio assicurato;
  - se cambia il conto corrente con il quale sono pagati i premi e fornire i nuovi dati identificativi dello stesso;
  - le variazioni della composizione del Nucleo familiare entro 30 giorni prima della scadenza annuale, in caso di formula Nucleo familiare;
  - l'inserimento di Neonato/i entro 30 giorni dalla data di nascita, in caso di formula Nucleo familiare con la madre assicurata.
- In caso di sinistro l'Assicurato:
  - deve darne avviso scritto alla Centrale Operativa quando ne ha avuto conoscenza, e comunque, non oltre il trentesimo giorno dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità; è sollevato da tale obbligo se si è avvalso delle strutture sanitarie e di medici convenzionati (Network) ed è stato in questo preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro;
  - qualora intenda avvalersi delle strutture sanitarie e di medici convenzionati (Network) deve accedervi in regime di assistenza diretta;
  - deve fornire i documenti previsti a seconda della prestazione, fornendo, su richiesta di Aviva, ogni ulteriore documentazione medica, esiti di esami strumentali, stato di famiglia del Contraente oppure qualsiasi altra documentazione comprovante l'effettiva composizione del Nucelo familiare;
  - deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta di Aviva, sottoporsi a eventuali accertamenti e controlli medici disposti dai suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso cui è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

Quando e come devo pagare?

Il pagamento dei premi, comprensivo di imposte, viene effettuato con procedura di addebito in conto corrente del Contraente appoggiato presso FinecoBank S.p.A., previa apposita autorizzazione di addebito in conto. La documentazione contabile della Banca attesta l'avvenuto pagamento del Premio
Il pagamento del premio avviene con periodicità annuale.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Previa sottoscrizione da parte del Contraente della Proposta-Polizza presso l'Intermediario, la copertura ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento del premio.
L'Assicurazione prevede periodi di carenza, ovvero periodi di tempo immediatamente successivi alla data di decorrenza, durante i quali le prestazioni/garanzie non sono efficaci. Tali periodi di carenza sono diversi a seconda delle garanzie.

La polizza ha durata annuale (annualità assicurativa); se il contratto è stato stipulato per una durata minore, l'Assicurazione vale quanto la durata del contratto.

In mancanza di disdetta, l'Assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno. In occasione di ogni scadenza annuale, il premio di rinnovo potrà essere modificato da Aviva, ferme le Condizioni di Assicurazione, fatta salva la facoltà di disdetta.
In caso di mancato pagamento, l'Assicurazione è sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo la scadenza del Premio non pagato e riprenderà vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento di tutti i premi scaduti e non pagati, ferme le successive scadenze; in questo caso entrano nuovamente in funzione i termini di carenza).
Le coperture assicurative in ogni caso cessano alla prima scadenza annuale del premio successiva al verificarsi della perdita di uno o più requisiti di assicurabilità.
Per le persone assicurate che raggiungano il compimento dell'80esimo anno di età nel corso del contratto o che perdano uno dei requisiti di assicurabilità, l'assicurazione cessa automaticamente alla prima scadenza annuale della polizza.

Come posso disdire la polizza?

Il Contraente può revocare la Proposta-Polizza, rivolgendosi direttamente all'Intermediario, prima della conclusione della stessa, ovvero prima del pagamento del premio previsto.
Ad ogni ricorrenza annuale, il Contraente può disdire la polizza mediante comunicazione scritta ad Aviva, da inviarsi almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto.

Mod. 13235 – ed.11/2020

Assicurazione: Infortuni e Malattia

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

Impresa di Assicurazione: Aviva Italia S.p.A. **Prodotto "Aviva Salute Premium"**

Data di aggiornamento 01.11.2020
Il Dip aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

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

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

Aviva Italia S.p.A. Via A. Scarsellini 14 – 20161 Milano – Tel: +39 02 2775.1
Numero Verde 800.114.433 sito internet: www.aviva.it PEC: aviva_italia_spa@legalmail.it.

Aviva Italia S.p.A. è una Società del Gruppo Aviva.
Sede legale e sede sociale in Italia - via A. Scarsellini, 14 - 20161 Milano – recapito telefonico 02.2775.1 - sito internet www.aviva.it – casella di Posta Elettronica Certificata (PEC) **aviva_italia_spa@legalmail.it** per gli aspetti relativi alle informazioni sulle garanzie del contratto assicurativo e per la parte riguardante i sinistri.
L'Impresa di Assicurazione è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n.18652 del 09/10/1990 (Gazzetta Ufficiale n.247 del 22/10/1990) e con Provv. ISVAP n.2282 del 25/05/2004 (Gazzetta Ufficiale n.128 del 03/06/2004) - Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n.1.00091 - Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00005.

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Aviva Italia S.p.A. è pari a 116.259.667,00€ di cui il Capitale Sociale ammonta a 45.684.400,00€ e le Riserve Patrimoniali a 53.746.243,00€.
L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione calcolato in funzione del requisito di capitale basato sullo specifico profilo di rischio della Società stessa è pari al 133%.
L'indice di solvibilità calcolato sul requisito minimo patrimoniale richiesto è pari al 296%.
Per ogni dettaglio si rimanda alla sezione E del documento "SFCR" (Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria) pubblicato sul sito internet www.aviva.it.

Al contratto si applica la legge italiana

Che cosa è assicurato?

Ad integrazione delle informazioni riportate nel DIP Danni, si aggiungono le seguenti informazioni.

✓ **COPERTURA SALUTE (sempre operante indipendentemente dal Pacchetto prescelto)**

Prestazioni Ospedaliere:

Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici (GIC) e Gravi Eventi Morbosi (GEM)
In caso di Ricovero ospedaliero in Istituto di Cura a seguito di determinato Grande Intervento Chirurgico, o Grave Evento Morboso, Aviva rimborsa all'Assicurato, entro i limiti previsti, le seguenti spese:

- Prima del ricovero: visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, purchè inerenti al Ricovero o all'Intervento Chirurgico ed effettuate nei 90 giorni precedenti al ricovero stesso.
- Durante il ricovero: accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio; assistenza medica, ostetrica ed infermieristica; terapie, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali; onorari dell'équipe che effettua l'intervento chirurgico; materiale di intervento (comprese le endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assicurato), diritti di sala operatoria; rette di degenza.
- Dopo il ricovero:
    - Visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio tutti pertinenti alla patologia considerata;

- Assistenza infermieristica resa necessaria dalla non autosufficienza dell'Assicurato in conseguenza di Ricovero reso necessario da Grave Intervento Chirurgico (GIC) o Grave Evento Morboso (GEM);
- Le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e riabilitativi resi necessari da Grave Intervento Chirurgico (GIC) o Grave Evento Morboso (GEM). Nei casi in cui sussista una documentata impossibilità dell'Assicurato a recarsi presso un Centro Medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo domiciliare;
- Trattamenti di malattie oncologiche;

purchè dette prestazioni siano inerenti al Ricovero o all'intervento chirurgico ed effettuate nei 90 giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura. Relativamente alle malattie oncologiche tale termine temporale è esteso a 180 giorni successivi alla data di dimissione.

- Parto Cesareo – Parto non cesareo (anche domiciliare)

La copertura di cui al punto precedente "Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi" è estesa ai casi di Parto Cesareo, Parto non cesareo (anche domiciliare) entro gli specifici sotto-limiti previsti.
In caso di Parto non cesareo domiciliare sono comprese in copertura le spese ostetriche ed infermieristiche.

- Aborto Terapeutico, spontaneo o post traumatico

La copertura delle sole spese "Durante il ricovero" di cui al punto precedente "Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi" è estesa ai casi di Aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico, entro il sotto-limite previsto.

- Ricoveri particolari
  - La copertura di cui al punto precedente "Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi" è estesa ai Trapianti, entro il medesimo massimale. Aviva garantisce solamente le spese relative all'Assicurato quale ricevente dell'organo trapiantato.
  - In caso di Malattia Terminale, Aviva rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per l'assistenza domiciliare continuativa medica ed infermieristica fornita da idonee organizzazioni o strutture sanitarie allo scopo costituite e legalmente riconosciute, entro i limiti previsti.

- Garanzie accessorie

In seguito a sinistro indennizzabile dalla presente sezione "Prestazioni Ospedaliere", la garanzia è estesa, entro i limiti previsti, a:
  - Trasporto Malato
  - Accompagnatore
  - Rimpatrio Salma

- Indennità sostitutiva per Ricoveri presso SSN

Nel caso in cui le spese sostenute "Durante il Ricovero" siano tutte a carico del SSN, Aviva corrisponde una indennità sostitutiva per ciascun giorno di Ricovero in Istituto di Cura, nei limiti indicati.
Le spese sostenute "Prima del Ricovero" e "Dopo il Ricovero", di cui al punto precedente "Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi", sono riconosciute secondo le condizioni proprie della modalità di accesso alle prestazioni (In Network/Fuori Network/SSN).

- Neonati – Estensione Malformazioni congenite

In caso di Assicurazione di neonato/i, la garanzia è estesa, entro il massimale aggiuntivo previsto, alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni / difetti fisici congeniti, purchè siano effettuati:
  - dopo il periodo di Carenza relativo alla madre;
  - entro il primo anno dalla nascita.

- Interventi concomitanti

Tutti gli interventi previsti dalle garanzie Ospedaliere includono anche gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria, se riferiti alla stessa branca medica. In caso di via di accesso diversa, è previsto un rimborso pari al 50%.

Prestazioni Extra-Ospedaliere:

- Pacchetti di prevenzione In Network

Aviva garantisce all'Assicurato di poter attivare, presso le strutture sanitarie convenzionate (Network), a sua scelta due dei 6 pacchetti sotto indicati:
  - Prevenzione cardiovascolare

- Prevenzione oncologica
- Prevenzione della sindrome metabolica
- Prevenzione oculistica
- Prevenzione delle vie respiratorie
- Prevenzione dermatologica

- Alta Diagnostica

Aviva rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per le prestazioni sanitarie effettuate al di fuori dell'Istituto di Cura, entro i limiti previsti:

- Alta Specializzazione
- Terapie ambulatoriali rese necessarie da neoplasie
- Trattamenti fisioterapici e riabilitativi dell'Assicurato (purchè conseguenti a Infortunio o a Malattia che abbia provocato un Ricovero e la prestazione venga effettuata nei 360 giorni successivi alla data dell'Infortunio o alla cessazione del Ricovero per Malattia)

- Non Autosufficienza

Aviva garantisce per ciascun Assicurato la copertura per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie derivanti da Infortunio sul lavoro o Malattia/Intervento Chirurgico, che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari a 10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living - ADL), tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni ("Evento").
Il diritto alla garanzia matura trascorsi 90 giorni dall'insorgere dello stato di non autosufficienza come sopra indicato.
La copertura opera solo con riferimento ai casi di non autosufficienza che sopravvengano e che si perfezionino nel periodo di vigenza della copertura.
Aviva, una volta perfezionatosi l'evento e previa verifica della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza, garantisce l'erogazione con cadenza mensile anticipata della somma prevista dal Pacchetto prescelto, come rimborso spese forfettario, per tutto il periodo in cui perdurerà lo stato di non autosufficienza e per un periodo un massimo complessivo e cumulativo di 3 anni.

ESTENSIONE SALUTE (operante solo nei Pacchetti Care Plus e Care & Smile Plus)

Prestazioni Ospedaliere:

Ricoveri con e senza intervento, Day Hospital/Day Surgery, Intervento Ambulatoriale

In caso di Ricovero ospedaliero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio e Malattia diversi da quanto previsto dalla garanzia "Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici (GIC) e Gravi Eventi Morbosi (GEM)" di cui alla Copertura Salute, Aviva rimborsa all'Assicurato le seguenti spese, entro i limiti previsti:

- Prima del ricovero: visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, purchè inerenti al Ricovero o all'Intervento Chirurgico ed effettuate nei 30 giorni precedenti al ricovero stesso.
- Durante il ricovero: accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio; assistenza medica, ostetrica ed infermieristica; terapie, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali; onorari dell'équipe che effettua l'intervento chirurgico; materiale di intervento (comprese le endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assicurato), diritti di sala operatoria; rette di degenza.
- Dopo il ricovero:
  - visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio tutti pertinenti alla patologia considerata;
  - assistenza infermieristica resa necessaria dalla non autosufficienza dell'Assicurato in conseguenza di evento coperto dalla garanzia;
  - le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali Trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari da Infortunio o dall'Intervento Chirurgico. Nei casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un Centro Medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo domiciliare;

purchè dette prestazioni siano inerenti al Ricovero o all'Intervento Chirurgico ed effettuate nei 30 giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura.

- Interventi concomitanti

Tutti gli interventi previsti dalle garanzie Ospedaliere includono anche gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria, se riferiti alla stessa branca medica. In caso di via di accesso diversa, è previsto un rimborso pari al 50%.

Prestazioni Extra-Ospedaliere:

In caso di Infortunio o Malattia, vengono rimborsate, entro i limiti previsti, le seguenti spese sanitarie:

- Visite Specialistiche e analisi di laboratorio (previa presentazione di prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione)
- Protesi ortopediche e apparecchi acustici
- Lenti correttive della vista (correttivi di vizi della vista clinicamente accertati, mediante prescrizione del medico oculista o optometrista che certifichi modifica del visus)

Non Autosufficienza (Plus)
In caso di non autosufficienza liquidabile secondo i termini e le condizioni della Copertura Salute, la somma prevista come rimborso spese forfettario è elevata a 24.000,00 euro annui, fermo il massimo di 3 anni complessivi.

CURE ODONTOIATRICHE IN NETWORK (operante solo nei Pacchetti Care Base, Care Plus, Care & Smile Base e Care & Smile Plus)

Aviva garantisce a ciascun Assicurato la prestazione delle seguenti Cure Odontoiatriche esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di Strutture Sanitarie e personale Convenzionato (Network), entro i limiti previsti:
- Prestazioni di Implantologia
- Avulsione (estrazione denti)
- Altre cure dentarie (solo se in elenco)
- Prevenzione odontoiatrica
- Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

ESTENSIONE DENTAL (operante solo nei Pacchetti Care & Smile Base e Care & Smile Plus)

Aviva garantisce all'Assicurato il rimborso di determinate cure odontoiatriche eseguite al di fuori del Network convenzionato:
- Igiene e Visita
- Altre cure dentarie previste da apposito Tariffario, così suddivise
    - Parte generale – parodontologia
    - Conservativa – endodonzia
    - Gnatologia
    - Implantologia
    - Chirurgia
    - Protesi fissa – protesi mobile – protesi combinata
    - Ortodonzia
- Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

ferma l'applicazione dei vincoli tecnici e temporali previsti dal "Tariffario Cure Odontoiatriche Fuori Network".

✓ ASSISTENZA "COMFORTSALUTE® (sempre operante indipendentemente dal Pacchetto prescelto)

Aviva garantisce le seguenti prestazioni, entro i limiti indicati:
- Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli Istituti di Cura
- Invio di un medico generico a domicilio o di ambulanza
- Invio medicinali urgenti al domicilio
- Prolungamento di soggiorno all'estero
- Rientro anticipato dall'estero
- Rientro degli altri Assicurati
- Invio di un infermiere per assistenza di un familiare non autosufficiente
- Assistenza di un interprete all'estero
- Viaggio di un familiare all'estero e spese di soggiorno
- Accompagnamento dei minori
- Collaboratrice familiare
- Consulenza pediatrica
- Monitoraggio remoto del paziente (RPM Services)
- Second Opinion
- Consegna esiti al domicilio
- Card Elettronica (Aviva Salute)
- Servizio "Segui la tua pratica"

L'ampiezza dell'impegno di Aviva è rapportato ai massimali concordati con il Contraente, a seconda del Pacchetto prescelto.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Sconti	In caso di formula Nucleo familiare, è previsto uno sconto del 10% sui premi annui lordi previsti. Ai fini dell'applicazione di tale scontistica, è necessario inserire tutti i componenti rientranti nella definizione di Nucleo familiare. Se, in caso di sinistro, risultasse l'omissione di uno o più componenti nel Nucleo familiare assicurabile/i ai sensi di polizza, Aviva si riserva la facoltà di chiedere la restituzione del 10% di sconto usufruito impropriamente sui premi pagati in precedenza.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Non sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni

Ci sono limiti di copertura?

ESCLUSIONI

Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni, si segnala che, **a valere per tutte le garanzie**, l'Assicurazione non è operante anche per:

- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, se il tasso alcolemico presente nel sangue risultasse superiore a quello stabilito dal Codice della Strada, alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
- gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti a stato di ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni; in caso di uso terapeutico di stupefacenti o allucinogeni, sono esclusi gli infortuni, le malattie e le intossicazioni conseguenti all'uso degli stessi se assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
- le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche;
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare), isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc salvo le lesioni subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali (elencate nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità), e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- le cure dentarie, paradentarie, ortodontiche, le protesi dentarie e i Trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di Ricovero, Day Hospital, Intervento Ambulatoriale) salvo quando esplicitamente previsto dalle specifiche garanzie "Cure Odontaiatriche" previste dal Pacchetto prescelto;
- l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della garanzia. L'esclusione non vale per i nati in corso di garanzia entro il primo anno di età secondo quanto previsto dalla normativa relativa all'assicurazione dei neonati;
- cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi della Polizza;
- le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari;
- 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). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
- le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche e i Trattamenti fisioterapici e riabilitativi come normati nel punto "dopo il Ricovero" di cui alle Prestazioni Ospedaliere;
- cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;

- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo (salvo quanto esplicitamente previsto dalla garanzia "Pacchetti di prevenzione In Network" di cui alle Prestazioni Extra-Ospedaliere), i vaccini;
- le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
- le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da Infortunio) e fitoterapiche e le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica;
- Ricoveri impropri;
- ricoveri in lungodegenza;
- strutture di lungodegenza;
- interruzione volontaria della gravidanza;
- trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
- la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
- le conseguenze dirette od indirette di pandemie;
- l'acquisto, la manutenzione e riparazione di Protesi ortopediche (salvo quanto previsto alla garanzia "Protesi ortopediche e apparecchi acustici", in caso di operatività della Sezione Estensione Salute) e Apparecchi terapeutici;
- le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni;
- gli infortuni derivanti / correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
- le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
- le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa.

Valgono inoltre le **seguenti specifiche esclusioni**:

Copertura Salute:

- Relativamente alla Prestazione Ospedaliera – Aborto Terapeutico, spontaneo o post-traumatico, sono escluse le spese sostenuta prima e dopo il Ricovero.
- Relativamente alla Prestazione Ospedaliera – Ricoveri Particolari – Trapianti, sono escluse le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assicurato che da parte di Terzi.

Estensione Salute:

- L'Assicurazione non è operante per gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'Infortunio, effettuati sia in Day Hospital che in regime ambulatoriale.
- Relativamente alle Prestazioni Extra-Ospedaliere – Visite specialistiche e analisi di laboratorio, sono escluse le visite in età pediatrica effettuate per controllo di routine legato alla crescita e le visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.
- Relativamente alle Prestazioni Extra-Ospedaliere – Lenti correttive della vista, sono escluse le lenti a contatto e le protesi sostitutive oculari.

Cure Odontoiatriche in Network:

- Relativamente alle Cure Odontoiatriche In Network – Altre Cure dentarie sono escluse le prestazioni non esplicitamente indicate.
- Relativamente alle Cure Odontoiatriche In Network – Prevenzione Odontoiatrica, restano a carico dell'Assicurato ulteriori prestazioni, quali ad esempio la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi.

Estensione Dental (Cure Odontoiatriche Fuori Network):

L'Assicurazione non è operante per:

- tutte le prestazioni non espressamente indicate nel "Tariffario Cure Odontoiatriche Fuori Network";
- le malattie, stati patologici e/o difetti fisici e/o anomalie congenite preesistenti alla data di decorrenza dell'Assicurazione; parimenti vengono escluse le prestazioni odontoiatriche rese necessarie da situazioni patologiche, stati patologici o necessità di sostituzione protesi per grave usura già in atto al momento della sottoscrizione della Proposta-Polizza;
- le procedure sperimentali o che non siano riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni Odontoiatriche;
- le procedure di ricostruzione o splintaggio utilizzate per incrementare la dimensione verticale, ristabilire l'occlusione, sostituire o stabilizzare la struttura del dente persa a causa di attrito;
- la sostituzione di protesi complete o parziali rimovibili a causa di rottura mentre non in uso o perse o rubate;

- le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti o parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che rimovibile;
- l'estrazione di denti decidui (da latte);
- i Trattamenti delle neoplasie maligne della bocca.

Assistenza ComfortSalute®:

- Aviva non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi che non sono stati prima autorizzati dalla Centrale Operativa, salvo i casi di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio di Aviva.
- Aviva non assume la responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.

FRANCHIGIE, SCOPERTI, MASSIMALI

COPERTURA SALUTE

I massimali si intendono operanti per ciascun Assicurato e per annualità assicurativa, se non diversamente indicato.
Le franchigie e gli scoperti si intendono operanti per Evento, salvo diversamente indicato.
Se, per la medesima patologia, venissero richieste dall'Assicurato prestazioni fornite da diverse garanzie, i massimali, le franchigie e gli scoperti sulle singole garanzie/prestazioni opereranno in maniera distinta e indipendente.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE*			
GARANZIE	**MASSIMALI**	**FRANCHIGIE E SCOPERTI**	
Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi			
In Network	1.500.000,00 euro	350,00 euro per Evento	
Fuori Network	700.000,00 euro	Scoperto 35% con il minimo di 500 euro per Evento	
SSN	Come fuori network	nessuna	
Spese pre e post Ricovero	Comprese nel Massimale del Ricovero (stesso "Evento"), effettuate al massimo: - 90 giorni prima del Ricovero - 90 giorni dopo la dimissione (180 giorni dopo per malattie oncologiche)		
Robot	Sotto-limite di 5.000,00 euro per Evento		
Parto Cesareo	Sotto-limite di 5.000,00 euro per Evento	In Network	Nessuna
		Fuori Network	Scoperto 35%
		SSN	Nessuna
Aborto terapeutico, spontaneo o post traumatico	Sotto-limite di 5.000,00 euro per Evento (escluse le spese pre-post Ricovero)	In Network	Nessuna
		Fuori Network	Scoperto 35%
		SSN	Nessuna
Parto non cesareo anche domiciliare	Sotto-limite di 3.000,00 euro per Evento	In Network	Nessuna
		Fuori Network	Scoperto 35%
		SSN	nessuna
Ricoveri particolari			
Trapianti	Come Ricovero per GIC/GEM	Come Ricovero per GIC/GEM	
Ricovero domiciliare per Malattia terminale	90 euro al giorno con il massimo di 60 giorni		
Garanzie Accessorie			
Trasporto Malato	500,00 euro	nessuna	
Trasporto con eliambulanza	elevato a 1.500,00 euro	nessuna	
Trasporto all'estero con eventuale accompagnatore	elevato a 1.500,00 euro	nessuna	
Accompagnatore	60,00 euro al giorno con il massimo di 30 giorni	nessuna	
Rimpatrio Salma	2.500,00 euro	nessuna	
Indennità sostitutiva per ricoveri presso SSN			

Ricoveri presso SSN con almeno un pernottamento	150,00 euro al giorno con il massimo di 90 giorni	nessuna
Ricoveri presso SSN in Day Hospital	80,00 euro	nessuna
Neonati – Estensione Malformazioni congenite	30.000,00 euro aggiuntivi entro il primo anno di vita	

* Tutte le garanzie di cui alle Prestazioni Ospedaliere prevedono un Massimale complessivo di 1.500.000,00 euro per ciascun Assicurato e per annualità assicurativa, con il Sotto-limite di 700.000,00 euro in caso di Ricovero Fuori Network (comprese eventuali prestazioni in SSN).

Ai fini dell'applicazione di Massimali/Franchigie/Scoperti, tutte le spese di cui ai punti precedenti riferiti al medesimo Ricovero, anche in regime di DayHospital o al singolo intervento chirurgico, sono considerate un unico Evento.
In caso di prestazioni usufruite con diversa modalità (ovvero alcune Fuori Network, alcune In Network e/o tramite SSN), pur essendo unico l'Evento, verranno applicate le diverse condizioni di liquidazione proprie di ciascuna modalità.

PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE			
GARANZIE	**MASSIMALI**	**FRANCHIGIE E SCOPERTI**	
Pacchetti di prevenzione In Network			
In Network	2 pacchetti preventivi a scelta tra i 6 disponibili per annualità assicurativa/nucleo familiare	nessuno	
Fuori Network	Non coperto		
Alta Diagnostica*			
In Network	5.000,00 euro	35,00 euro	
Fuori Network	2.500,00 euro	Scoperto 35% con minimo 55,00 euro	
		SSN	Nessuna

* La garanzia Alta Diagnostica prevede un Massimale complessivo di 5.000,00 euro per ciascun Assicurato e per annualità assicurativa, con il Sotto-limite di 2.500,00 euro in caso di Prestazioni Fuori Network (comprese eventuali prestazioni in SSN).

NON AUTOSUFFICIENZA		
GARANZIE	**MASSIMALI**	**FRANCHIGIE E SCOPERTI**
Base	12.000,00 euro annui (pari a 1.000,00 euro mensili), con il limite di 3 anni, a titolo di rimborso spese forfettario	nessuna

ESTENSIONE SALUTE

I massimali si intendono operanti per ciascun Assicurato e per annualità assicurativa, se non diversamente indicato.
Le franchigie e gli scoperti si intendono operanti per Evento, salvo diversamente indicato.
Se, per la medesima patologia, venissero richieste dall'Assicurato prestazioni fornite da diverse garanzie, i massimali, le franchigie e gli scoperti sulle singole garanzie/prestazioni opereranno in maniera distinta e indipendente.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE*		
GARANZIE	**MASSIMALI**	**FRANCHIGIE E SCOPERTI**
Ricoveri con e senza intervento, Day Hospital/Day Surgery, Intervento ambulatoriale		
In Network	1.000.000,00 euro	500,00 euro per Evento
Fuori Network	700.000,00 euro	Scoperto 35% con il minimo di 1.500 euro per Evento
SSN	Come fuori network	nessuna
Spese pre e post Ricovero	Comprese nel Massimale del Ricovero (stesso "Evento"), effettuate al massimo: - 30 giorni prima del Ricovero - 30 giorni dopo la dimissione (90 giorni dopo per Trattamenti malattie oncologiche)	
Robot	Sotto-limite di 5.000,00 euro per Evento	

* Tutte le garanzie di cui Prestazioni Ospedaliere prevedono un Massimale complessivo di 1.000.000,00 euro per ciascun Assicurato e per annualità assicurativa, con il Sotto-limite di 700.000,00 euro in caso di Ricovero Fuori Network (comprese eventuali prestazioni in SSN).

Ai fini dell'applicazione di Massimali/Franchigie/Scoperti, tutte le spese di cui ai punti precedenti riferiti al medesimo Ricovero, anche in regime di DayHospital o al singolo Intervento Chirurgico, sono considerate un unico Evento.
In caso di prestazioni usufruite con diversa modalità (ovvero alcune Fuori Network, alcune In Network e/o tramite SSN), pur essendo unico l'Evento, verranno applicate le diverse condizioni di liquidazione proprie di ciascuna modalità.

PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE			
GARANZIE	**MASSIMALI**	**FRANCHIGIE E SCOPERTI**	
Visite Specialistiche e Analisi di laboratorio	1.000,00 euro	In Network	25,00 euro
		Fuori Network	Scoperto 35% minimo 35,00 euro
		SSN	nessuna
Protesi Ortopediche ed apparecchi acustici	500,00 euro	55,00 euro	
Lenti correttive della vista	155,00 euro	55,00 euro	

NON AUTOSUFFICIENZA		
GARANZIE	**MASSIMALI**	**FRANCHIGIE E SCOPERTI**
Plus*	24.000,00 euro annui (pari a 2.000,00 euro mensili), con il limite di 3 anni, a titolo di rimborso spese forfettario	nessuna

* Il Massimale previsto per la garanzia Non Autosufficienza Plus si intende sostitutivo e non aggiuntivo rispetto al Massimale previsto per la garanzia Non Autosufficienza Base previsto dalla Copertura Salute.

CURE ODONTOIATRICHE IN NETWORK

I massimali si intendono operanti per ciascun Assicurato e per annualità assicurativa, se non diversamente indicato.
Le franchigie e gli scoperti si intendono operanti per Evento, salvo diversamente indicato.
Se, per la medesima patologia, venissero richieste dall'Assicurato prestazioni fornite da diverse garanzie, i massimali, le franchigie e gli scoperti sulle singole garanzie/prestazioni opereranno in maniera distinta e indipendente.

CURE ODONTOIATRICHE IN NETWORK		
GARANZIE	**MASSIMALI**	**FRANCHIGIE E SCOPERTI**
A) Impianti	Illimitato	800,00 euro per impianto
B) Avulsione	Illimitato	35,00 euro per estrazione semplice 135,00 euro per estrazione complessa
C) Altre cure dentarie	Illimitato	Franchigia differenziata per prestazione
D) Prevenzione odontoiatrica	1 volta all'anno	nessuna
E) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica	1 volta all'anno	35,00 euro per Evento

ESTENSIONE DENTAL

Aviva provvede al rimborso delle prestazioni odontoiatriche indicate espressamente nel "Tariffario Cure Odontoiatriche Fuori Network", sino a concorrenza dell'importo di Tariffa ivi indicato per ciascuna prestazione (Massimale) e con applicazione dei vincoli tecnici e temporali previsti.

CURE ODONTOIATRICHE FUORI NETWORK		
GARANZIE	**MASSIMALI**	**VINCOLI TECNICI E TEMPORALI**
A. Igiene e Visita	da 15,00 euro a 50,00 euro	Come da "Tariffario Cure Odontoiatriche Fuori Network"
B. Paradontologia	da 8,00 euro a 350,00 euro	
C. Conservativa e Endodonzia	da 50,00 euro a 350,00 euro	
D. Gnatologia	da 60,00 euro a 400,00 euro	
E. Implantologia	da 350,00 euro a 800,00 euro	

F. Chirurgia	da 80,00 euro a 350,00 euro	
G. Protesi Fissa – mobile – combinata	da 50,00 euro a 900,00 euro	
H. Ortodonzia	da 200,00 euro a 1.200,00 euro	
Pacchetto Emergenza Odontoiatrica	1 volta all'anno (sigillatura, otturazione, incappucciamento della polpa, ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite/perno ad elemento, endodonzia – compresa RX e otturazione)	

ASSISTENZA COMFORTSALUTE®

ASSISTENZA COMFORTSALUTE®		
GARANZIE	**MASSIMALI**	**ESCLUSIONI, LIMITAZIONI**
Invio di un medico generico a domicilio o di ambulanza	====	Il costo delle visite sono a carico dell'Assicurato
Invio medicinali urgenti a domicilio	====	Il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato
Prolungamento di soggiorno all'estero	1 pernottamento in albergo massimo 4 stelle	Sono escluse diverse e ulteriori spese rispetto al pernottamento
Rientro anticipato dall'estero	1 biglietto ferroviario di prima classe o 1 biglietto aereo in classe economica	Il rientro anticipato deve essere comprovato da idoneo documento che riporti la data di rientro preventivamente programmata; il decesso o il Ricovero del familiare devono essere rispettivamente comprovati da certificato di morte rilasciato dall'anagrafe e da documentazione medica rilasciata dalla Struttura Sanitaria presso cui è ricoverato il familiare
Invio di un infermiere per assistenza di un familiare non autosufficiente	250,00 euro per evento	
Assistenza di un interprete all'estero	Massimo 8 ore	
Viaggio di un familiare all'estero e spese di soggiorno	150,00 euro	Solo se ricovero dell'Assicurato superiore a 10 giorni
Accompagnamento minori (età inferiore a 15 anni)	1 biglietto ferroviario di prima classe o 1 biglietto aereo in classe economica, andata e ritorno per un familiare	Sono escluse le spese di soggiorno del familiare accompagnatore
Collaboratrice familiare	======	Il costo della collaboratrice familiare resta a carico dell'Assicurato
Consulenza Pediatrica	======	Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni
Consegna esiti al domicilio	======	Il costo degli accertamenti resta a carico dell'Assicurato

RIVALSA

Aviva rinuncia al diritto all'azione di surroga verso i terzi responsabili, solo se tra i terzi responsabili vi è il Contraente, l'Assicurato o un componente appartenente al nucleo familiare dell'Assicurato.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: Ad integrazione delle informazioni riportate nel DIP Danni, si aggiungono le seguenti informazioni. **Modalità d'Indennizzo In Network (Regime di Assistenza Diretta)** Se prevista dalla garanzia operante e se l'Assicurato ritenga di avvalersi del Network Sanitario Convenzionato, prima di accedere alla struttura sanitaria, deve sempre contattare la Centrale Operativa di Previmedical S.p.A, richiedendo il VoucherSalute®. L'Assicurato dovrà trasmettere alla Centrale Operativa, ove richiesto, la seguente documentazione: - prescrizione medica in corso di validità, contenente il quesito diagnostico /diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione; - copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazione oncologiche di follow-up; - referto del Pronto Soccorso, in caso di infortunio; - nominativo e recapito dell'eventuale terzo responsabile dell'evento; - verbale redatto dalle Forze dell'ordine o Modulo CAI, in caso di incidente stradale. La Centrale Operativa rilascia all'Assicurato il VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa necessaria. Esclusivamente per la garanzia Ricovero (in Italia), in ipotesi di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assicurato potrà richiedere il rilascio del VoucherSalute® entro i 5 giorni successivi dall'inizio del Ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata se fosse passato un minor numero di giorni. **Modalità d'Indennizzo Fuori Network (Regime di Assistenza Rimborsuale)** Nei casi in cui l'Assicurato decida di utilizzare strutture sanitarie e medici non convenzionati o il Servizio Sanitario Nazionale, per la richiesta di rimborso l'Assicurato può utilizzare il Modulo di rimborso rinvenibile sul sito www.aviva.it nello spazio dedicato al prodotto assicurativoe deve allegare in fotocopia la seguente documentazione: a) notule, distinte e ricevute, emesse da Istituto di Cura o da Centro Medico, debitamente quietanzate e valide ai fini fiscali. La fattura emesse da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà essere coerente con la diagnosi; b) Cartella Clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital con o senza Intervento Chirurgico; c) prescrizione medica (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle Ospedaliere. E' richiesta necessariamente la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche; d) dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale; e) certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista regolarmente abilitato, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti correttive della vista. Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da d.lgs 24.02.97 n. 46; f) le richieste di rimborso per cure dentarie dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso; g) copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.); h) in caso di Trattamenti fisioterapici: - prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata; - indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione. Le richieste di rimborso per Trattamenti fisioterapici dovranno essere presentate al termine della cura. i) in caso di Infortunio:

- il referto del Pronto Soccorso, in quanto l'Infortunio dovrà essere oggettivamente documentato. In caso di cure dentarie da Infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'Infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);
- se l'Evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo ed il recapito del terzo responsabile. In caso di incidente stradale – in concomitanza con la prima richiesta di rimborso avente ad oggetto prestazioni sanitarie resesi necessarie in conseguenza dello stesso – l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Società anche il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CAI (Constatazione Amichevole di Incidente).

Se l'Assicurato riceva rimborso da parte di altre Compagnie Assicurative/Fondi/Casse, è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso

Sebbene l'Assicurato possa inviare la documentazione medica e fiscale del Sinistro in fotocopia, Aviva si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture che della documentazione medica.

Ai fini della valutazione del rimborso di tutte le prestazioni coperte dalla presente Polizza, erogate sia in regime di assistenza diretta sia che in regime di assistenza rimborsuale, Aviva si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica, esiti di esami strumentali o ogni altra documentazione utile alla corretta valutazione del Sinistro, stato di famiglia del Contraente oppure qualsiasi altra documentazione atta a comprovare l'effettiva composizione del Nucleo familiare.

Relativamente alla garanzia di Non Autosufficienza, la somma garantita sarà erogabile a partire dalla data di perfezionamento dell'Evento previa verifica da parte di Aviva della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza.
Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assicurato rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione.
La valutazione verrà fatta sulla base della tabella prevista, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica redatta dallo stesso medico curante sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito da Aviva sul sito www.aviva.it, alla Sezione Prodotti/Banca/Prodotti distribuiti dai nostri partner, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.
In ogni caso Aviva si riserva di sottoporre l'Assicurato a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assicurato stesso.
Detta verifica dovrà essere svolta nel più breve tempo possibile e dovrà esaurirsi nell'arco di 45 giorni dalla data di ricezione da parte di Aviva della predetta documentazione completa. Conclusa la verifica Aviva provvederà a comunicarne all'Assicurato l'esito.
L'Assicurato è obbligatoriamente tenuto a comunicare tempestivamente ad Aviva ogni significativo cambiamento del proprio stato di non autosufficienza, così da permetterne la rivalutazione ai fini dell'erogazione della somma. Anche a tal fine, Aviva potrà richiedere all'Assicurato la trasmissione entro 30 (trenta) giorni della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura.
In alternativa, Aviva potrà inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario per l'effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica, Aviva provvederà in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata a confermare il punteggio assegnato precedentemente allo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute.
Termini e modalità di effettuazione della verifica del permanere dello stato di non autosufficienza e di comunicazione degli esiti all'Assicurato sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell'erogabilità della garanzia.

Assistenza diretta/in convenzione: sono previste strutture sanitarie e medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) di Previmedical S.p.A. di cui l'Assicurato può avvalersi per le garanzie previste secondo le seguenti modalità:
- telefonare ai seguenti numeri: 800.90.49.19 dall'Italia e +39 0422.17.44.389 dall'estero o da telefono cellulare - 24 ore su 24, 365 giorni l'anno;

	- app mobile "Aviva Salute"; - portale web "Servizi Aviva Salute" accessibile tramite l'Area Clienti del sito www.aviva.it. L'elenco delle strutture sanitare e dei medici convenzionati è disponibile sia nell'Area riservata del sito www.previmedical.it, dove viene aggiornato in tempo reale, oppure sul sito www.aviva.it, alla Sezione Prodotti/Banca/Prodotti distribuiti dai nostri partner, all'interno dell'apposito spazio dedicato al prodotto assicurativo.
	Gestione da parte di altre imprese: Per la gestione e la liquidazione di tutti i sinistri, compresa l'Assistenza Aviva si avvale della Centrale Operativa: **Previmedical S.p.A.**, con sede in via Forlanini, 24 – 31022 – Preganziol (TV).
	Prescrizione: il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze, mentre gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio (quali le informazioni sull'età e, eventualmente, sulla composizione del nucleo familiare) possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
Obblighi dell'impresa	Tutti i pagamenti nei confronti dell'Assicurato vengono effettuati a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, anche per l'indennità giornaliera relativa a ricoveri sostenuti all'estero, entro 20 giorni di calendario dalla ricezione della richiesta di rimborso completa di tutta la documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	Non previsto.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata

Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa che per ogni Assicurato le coperture decorrono trascorsi i seguenti periodi di carenza:

Tipologia di prestazione	Eventi	Giorni di Carenza
Qualsiasi	Infortunio	Nessuna Carenza
Pacchetti di prevenzione In Network		Nessuna Carenza
Ospedaliere	Malattia	30 giorni
Parto e malattie dipendenti da gravidanza o puerperio		300 giorni
Aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico		Nessuna Carenza, soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'Assicurazione
Extra-Ospedaliere: • Alta Diagnostica; • Visite specialistiche e analisi di laboratorio; • Protesi ortopediche ed apparecchi acustici; • Lenti correttive della vista	Malattia	150 giorni

	Cure Odontoiatriche In Network	Infortuni	Nessuna Carenza
		A) Prestazioni di Implantologia	90 giorni
		B) Avulsione denti	90 giorni
		C) Altre cure dentarie	Nessuna Carenza
		D) Prevenzione Odontoiatrica	Nessuna Carenza
		E) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica	Nessuna Carenza
	Cure Odontoiatriche Fuori Network (Estensione Dental)		Nessuna Carenza
	Non Autosufficienza		Nessuna Carenza
	Assistenza "Comfort Salute"		Nessuna Carenza

Per la verifica della Carenza si utilizza la "Data Evento" così definita per le diverse tipologie di prestazione:

- Prestazioni Ospedaliere: la data in cui si è verificato il Ricovero o, se non vi è stato Ricovero, l'Intervento Chirurgico in ambulatorio;
- Prestazione Extra-Ospedaliere: la data della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico Evento;
- Cure Odontoiatriche: data in cui è eseguita la singola prestazione relativa allo specifico Evento.

Eventuali spese pre-Ricovero previste dalle Prestazioni Ospedaliere sostenute durante il periodo di Carenza non sono coperte dalla presente Assicurazione anche se la Data Evento della Prestazione Ospedaliera a cui esse si riferiscono è successiva al periodo di Carenza stesso.

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

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non previsto
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è dedicato alle persone fisiche fino a 65, interessate a proteggere la propria salute in caso di infortunio o malattia.
Il prodotto può essere sottoscritto dal singolo individuo (titolare di un conto FinecoBank S.p.A.) o dal nucleo familiare.

Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione
la quota parte percepita in media dagli Intermediari è pari al 25% sul premio imponibile – al netto delle imposte.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti o il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto ad Aviva: Aviva Italia S.p.A. - SERVIZIO RECLAMI Via A. Scarsellini, 14 - 20161 Milano fax 02 2775.245 indirizzo e-mail: reclami.danni@aviva.com Aviva darà riscontro entro quarantacinque giorni dalla data di ricevimento del reclamo. I reclami presentati ad Aviva con riferimento al comportamento dell'Intermediario, saranno trasmessi senza ritardo all'intermediario stesso dandone contestuale notizia al reclamante.
All'IVASS	Nel caso in cui il reclamo presentato ad Aviva abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: **ivass@pecivass.it.** Info su: **www.ivass.it.**
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali*:*	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione fra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato ad Aviva.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	**Arbitrato** In caso di controversie di natura medica, sulla natura della Malattia o Infortunio, sulla classificazione degli interventi o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici nonché sui criteri di indennizzabilità, le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, al Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo della Malattia o Infortunio ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel quale caso il Collegio può intanto concedere un acconto sull'Indennizzo. Per la risoluzione di eventuali controversie tra le Parti, l'Assicurato, in alternativa a quanto precede, ha facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

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

Mod. 13236 – ed.11/2020

Aviva Salute Premium

Contratto di Assicurazione
Rimborso Spese Mediche
Ospedaliere ed Extraospedaliere
Non Autosufficienza
Cure Odontoiatriche

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO

Data di aggiornamento 31/03/2021

ASP02

Gruppo Aviva

INTRODUZIONE

Aviva Salute Premium è la nuova soluzione dedicata ai clienti di FinecoBank S.p.A. che garantisce il rimborso delle spese mediche in caso di Infortunio o Malattia. Il cliente può scegliere tra un'offerta di 6 pacchetti, che si differenziano per la composizione delle garanzie offerte. E' inoltre possibile estendere la protezione al proprio Nucleo familiare.

GUIDA ALLA LETTURA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Questa pagina di sintesi fornisce alcune informazioni utili per la comprensione delle condizioni di Assicurazione. Nella redazione sono state seguite le linee guida di Ania, Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici, sui Contratti Semplici e Chiari.

LEGENDA

Per rendere più chiare le condizioni di Assicurazione sono stati utilizzati i seguenti strumenti:

CONDIZIONI SEMPRE VALIDE

ESCLUSIONI

- box rossi per indicare carenze, limiti, franchigie, scoperti ed esclusioni

CARENZE / LIMITI / FRANCHIGIE / SCOPERTI / ESCLUSIONI

- box blu a quadretti per fornire esempi pratici (contrattualmente non vincolanti) per spiegare quanto riportato negli articoli

ESEMPI

- Frasi in **grassetto** per indicare le principali garanzie e condizioni di assicurabilità, obblighi di comportamento a carico del Contraente

- Parti evidenziate in grigio per indicare: delimitazioni all'operatività delle garanzie e clausole onerose soggette ad approvazione specifica

- Lettere maiuscole per dare evidenza alle parole contenute nel glossario

CONTATTI

Assistenza clienti

800.11.44.33 Numero Verde gratuito anche da cellulare

AREA CLIENTI **MyAviva**

MyAviva le consente di accedere alla sua posizione assicurativa e inviare richiesta di modifica dei propri dati anagrafici. Attivi subito il suo account su **www.aviva.it**

INDICE

1. NORME COMUNI **4**
CHI SI PUO' ASSICURARE? 4
COME CI SI PUO' ASSICURARE? *4*
QUANDO E COME PAGARE? *6*
QUANDO COMINCIA E QUANDO FINISCE LA COPERTURA? *6*
COME SI PUO' DISDIRE? *10*
OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E DI AVIVA ALL'INIZIO E NEL CORSO DEL CONTRATTO *10*
2. COPERTURA SALUTE **14**
CONDIZIONI SEMPRE VALIDE 14
ESCLUSIONI 26
3. ESTENSIONE SALUTE **30**
ESCLUSIONI 36
4. CURE ODONTOIATRICHE IN NETWORK **37**
ESCLUSIONI 43
5. ESTENSIONE DENTAL **44**
ESCLUSIONI 46
6. ASSISTENZA "COMFORTSALUTE®" **48**
CONDIZIONI SEMPRE VALIDE 48
ESCLUSIONI 54
7. NORME IN CASO DI SINISTRO **55**
8. ALLEGATO I - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (GIC) **68**
9. ALLEGATO II – GRAVI EVENTI MORBOSI (GEM) **74**
10. ALLEGATO III – TARIFFARIO CURE ODONTOIATRICHE FUORI NETWORK **75**
11. GLOSSARIO **86**

1. NORME COMUNI

CHI SI PUO' ASSICURARE?

Art. 1 - REQUISITI DI ASSICURABILITA'

Premesso che **il Contraente deve essere titolare di un conto corrente presso FinecoBank S.p.A.**, possono essere assicurate con il presente contratto le persone fisiche che:

- **appartengono al Nucleo familiare del Contraente**, cioè
  - il coniuge o il convivente more uxorio.
  - i figli legittimi fiscalmente a carico (totale o parziale) come risultano dallo stato di famiglia,
  - i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidati al Contraente o affiliati purchè fiscalmente a carico;
- **sono residenti nel territorio della Repubblica Italiana**;
- **hanno una età:**
  - inferiore o uguale a 65 anni compiuti al momento della sottoscrizione della Proposta-Polizza
    e
  - inferiore a 80 anni al momento del rinnovo annuale delle Polizze;
- non siano sono affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

COME CI SI PUO' ASSICURARE?

Art. 2 - GARANZIE ACQUISTABILI E CONTENUTO DEI "PACCHETTI"

Sono previste 6 soluzioni alternative l'una all'altra, denominati "Pacchetti", con differente composizione delle garanzie, tra cui il Contraente può scegliere.
I pacchetti prevedono le seguenti garanzie, ciascuna operante secondo i termini e le condizioni indicate nell'apposita sezione.

CARE BASE EASY	CARE BASE	CARE&SMILE BASE	CARE PLUS EASY	CARE PLUS	CARE&SMILE PLUS
Copertura Salute	Copertura Salute	Copertura Salute	Copertura Salute	Copertura Salute	Copertura Salute
	Cure Odontoiatriche in Network	Estensione Dental (Cure Odontoiatriche Fuori Network)	Estensione Salute	Estensione Salute	Estensione Salute

				Cure Odontoiatriche in Network	Cure Odontoiatriche in Network
					Estensione Dental (Cure Odontoiatriche Fuori Network)

Ciascun Pacchetto comprende l'Assicurazione dei servizi aggiuntivi Assistenza "ComfortSalute".

Il Contraente può inoltre decidere se assicurare solo se stesso (**formula Individuale**) oppure tutti i componenti del proprio Nucleo familiare (**formula Nucleo familiare**).

Art. 2.1 Formula Nucleo familiare

Il Contraente ha diritto ad uno sconto del 10% sul Premio (calcolato individualmente sui singoli Assicurati) se:

- ha scelto la formula "Nucleo familiare",
- ha inserito obbligatoriamente in copertura, al momento della sottoscrizione della Proposta-Polizza o al rinnovo delle Polizze, tutti i componenti del proprio Nucleo familiare, purché rispettino i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 1 Requisiti di Assicurabilità. Il Contraente può non inserirli se gli stessi sono titolari di altra copertura sanitaria analoga (in termini di garanzie) con altre Imprese di Assicurazione, Enti, Casse o Fondi Sanitari Integrativi del SSN. Nel caso in cui il Contraente decida di includerli, le coperture opereranno, su tali Assicurati, "a Secondo Rischio", così come meglio regolato dall'art. 50 – Operatività Secondo Rischio.

In caso di Sinistro, Aviva può richiedere lo stato di famiglia del Contraente o ogni altra documentazione che provi l'effettiva composizione del Nucleo familiare. Se, in seguito a tale verifica, risultasse l'omissione di uno o più componenti del Nucleo familiare assicurabile/i, Aviva potrà chiedere al Contraente la restituzione di tale sconto usufruito impropriamente sui premi pagati in precedenza.

Art. 3 - GARANZIE PRESTATE

Aviva garantisce esclusivamente quanto previsto dal Pacchetto prescelto dal Contraente per se ed, eventualmente, per ciascun Assicurato indicato nella Proposta-Polizza e per cui ha corrisposto il relativo Premio, ai termini e condizioni previsti nelle sezioni dedicate alle singole garanzie.

QUANDO E COME PAGARE?

Art. 4 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Art. 4.1 Termini di pagamento

Il Premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore.
Non è concesso il frazionamento in più rate.

Art. 4.2 Modalità di pagamento

Il Premio deve essere pagato a favore di Aviva con addebito in conto corrente FinecoBank intestato al Contraente, come autorizzato in Proposta-Polizza; la documentazione contabile della Banca attesta l'avvenuto pagamento del Premio.

Se nel corso della copertura assicurativa cambia il conto corrente con il quale sono pagati i premi, **il Contraente deve avvisare Aviva o FinecoBank e fornire i dati identificativi del nuovo conto corrente.**

Art. 4.3 Mancato pagamento del premio

Se il Contraente non paga i premi delle annualità successive:

- l'Assicurazione è sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo la scadenza del Premio non pagato;
- l'Assicurazione non fornisce prestazione nel periodo di sospensione, della durata massima di 6 mesi dal giorno di scadenza del Premio non pagato;
- l'Assicurazione riprende dalle ore 24:00 del giorno di pagamento di tutti i premi scaduti e non pagati, ferme le successive scadenze; in questo caso entrano nuovamente in funzione i termini di Carenza;
- l'Assicurazione si risolve dopo 6 mesi di sospensione dal giorno di scadenza del primo Premio non pagato.

Art. 5 - ONERI FISCALI

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

QUANDO COMINCIA E QUANDO FINISCE LA COPERTURA?

Art. 6 - CONCLUSIONE E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Il Contraente sottoscrive la Proposta-Polizza tramite l'Intermediario.
Il contratto è perfezionato il giorno del pagamento del "Premio alla firma" indicato nella Proposta-Polizza.
L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del perfezionamento del contratto, salvo quanto previsto dall'art. 7 – Carenze.
Dopo il perfezionamento del contratto, Aviva emette due Polizze distinte per le garanzie:

- Infortuni e Malattia a seconda del Pacchetto scelto,
- Assistenza.

Aviva invia tramite comunicazione di posta elettronica (e-mail) al Contraente una Lettera di Conferma nella quale viene indicata la data di decorrenza dell'Assicurazione.

ART. 7 - CARENZA

La garanzia per ciascun Assicurato decorre trascorsi i seguenti periodi di Carenza a partire dalla data di conclusione del Contratto:

Tipologia di prestazione	Eventi	Giorni di Carenza
Qualsiasi	Infortunio	Nessuna Carenza
Pacchetti di Prevenzione In Network		Nessuna Carenza
Ospedaliere	Malattia	30 giorni
Parto e malattie dipendenti da gravidanza o puerperio		300 giorni
Aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico		Nessuna Carenza, soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'Assicurazione
Extra-Ospedaliere: • Alta Diagnostica; • Visite specialistiche e analisi di laboratorio; • Protesi ortopediche ed apparecchi acustici; • Lenti correttive della vista	Malattia	150 giorni
Cure Odontoiatriche in Network	Infortuni	Nessuna Carenza
	A) Prestazioni di Implantologia	90 giorni
	B) Avulsione denti	90 giorni
	C) Altre cure dentarie	Nessuna Carenza
	D) Prevenzione Odontoiatrica	Nessuna Carenza
	E) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica	Nessuna Carenza
Cure Odontoiatriche Fuori Network (Estensione Dental)		Nessuna Carenza
Non Autosufficienza		Nessuna Carenza

Assistenza "Comfort Salute"		Nessuna Carenza

Per la verifica della Carenza si utilizza la "Data Evento" così definita per le diverse tipologie di prestazione:

- Prestazioni Ospedaliere: la data in cui si è verificato il Ricovero o, se non vi è stato Ricovero, l'Intervento Chirurgico in ambulatorio;
- Prestazione Extraospedaliere: la data della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico Evento;

Cure Odontoiatriche: data in cui è eseguita la singola prestazione relativa allo specifico Evento.

Eventuali spese pre-Ricovero (previste dal punto a) degli artt. 25.1 e 32.1 - Prestazioni Ospedaliere) sostenute durante il periodo di Carenza non sono coperte dalla presente Assicurazione anche se la Data Evento della Prestazione Ospedaliera a cui esse si riferiscono è successiva al periodo di Carenza stesso.

Se la presente Polizza è stata emessa in sostituzione di contratto analogo di Aviva, senza alcuna interruzione di copertura, i termini di Carenza di cui sopra operano soltanto in relazione alle nuove garanzie ed alle maggiori somme eventualmente previste nella nuova Polizza sugli stessi Assicurati ed in relazione ad eventuali nuovi Assicurati.

In caso di interruzione della copertura assicurativa, se il Contraente sottoscrivesse una nuova copertura con il presente prodotto, i predetti termini decorreranno dall'inizio.

1° ESEMPIO

Data conclusione del contratto:	01/01/2020
Infortunio avvenuto il:	15/01/2020
Prestazione:	Risonanza Magnetica (Alta Diagnostica)
Data Prestazione:	15/02/2020
Carenza:	non operante in quanto trattasi di Infortunio
Esito controllo Carenza:	Evento in copertura

2° ESEMPIO

Data conclusione del contratto:	01/01/2020
Data prescrizione Medico:	01/03/2020
Prestazione:	Risonanza Magnetica per sospetta Malattia
Data Prestazione/Evento:	01/04/2020

Carenza per Alta Diagnostica a seguito di Malattia è pari a 150 gg, quindi il periodo di Carenza termina il: 31/05/2020

Esito controllo Carenza:	Prestazione NON è in copertura

3° ESEMPIO

Data conclusione del contratto:	01/01/2020
Data Ricovero Ospedaliero:	15/02/2020
Prestazione:	Intervento Chirurgico per Malattia
Data Evento:	15/02/2020

Carenza è pari a 30 gg, quindi il periodo di Carenza termina il 31/01/2010

Visita specialistica	25/01/2020 (Spesa prima del Ricovero)
Esito controllo Carenza:	Prestazione NON è in copertura
Analisi di laboratorio	05/02/2020 (Spesa prima del Ricovero)
Esito controllo Carenza:	Prestazione in copertura
Intervento Chirurgico	17/02/2020 (Spesa durante il Ricovero)
Esito controllo Carenza:	Prestazione in copertura

Art. 8 – DURATA E RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione dura un anno di calendario (annualità assicurativa); se il contratto è stato stipulato per una durata minore, l'Assicurazione vale quanto la durata del contratto.

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

COME SI PUO' DISDIRE?

ART. 9 - DIRITTO DI REVOCA DELLA PROPOSTA-POLIZZA

Il Contraente ha la facoltà di revocare, rivolgendosi direttamente all'Intermediario, la Proposta-Polizza fino alla conclusione della stessa.
In ogni caso, trascorsi 30 giorni dalla data di sottoscrizione della Proposta-Polizza in assenza di pagamento del premio, la stessa si intende non più efficace.

Art. 10 - DISDETTA DELL'ASSIZURAZIONE AL RINNOVO ANNUALE

Le Parti possono disdire l'Assicurazione a ogni scadenza annuale con comunicazione scritta, con preavviso di almeno 30 giorni.
In caso di disdetta entro i termini, l'Assicurazione scade alle ore 24:00 della prima scadenza annuale, per cui l'Assicurazione non vale per indennizzi o rimborsi riferiti al periodo successivo alla scadenza di Polizza.

OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E DI AVIVA ALL'INIZIO E NEL CORSO DEL CONTRATTO

Art. 11 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la stessa cessazione dell'Assicurazione[1].

Art. 12 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto ad Aviva l'esistenza o la successiva stipulazione di altre polizze per la stessa Assicurazione[2].
In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso scritto a tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri e gli estremi della Polizza.
Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi Sanitari Integrativi del SSN.

Art. 13 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta ad Aviva di ogni aggravamento del Rischio.
Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati da Aviva possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione[3].

---

[1] Articoli 1892, 1893 e 1894 Codice Civile
[2] Articolo 1910 Codice Civile
[3] Articolo 1898 Codice Civile

Art. 14 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio, Aviva riduce il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato[4] e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 15 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Se la presente Assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato[5] .

Art. 16 - MODIFICA DEGLI ASSICURATI IN CORSO DI CONTRATTO

Nel caso di variazione della composizione del Nucleo Familiare, nonché in caso di perdita dei requisiti di assicurabilità di uno o più familiari assicurati, **il Contraente dovrà farne comunicazione ad Aviva, tramite il proprio Intermediario, entro 30 giorni prima della scadenza annua, sottoscrivendo una nuova Proposta-Polizza, in sostituzione delle Polizze esistenti, con relativo adeguamento del Premio**.

Art. 16.1 Perdita dei requisiti di assicurabilità

Se, nel corso di contratto, l'Assicurato perde uno o più dei requisiti di assicurabilità indicati all'art. 1 – Requisiti di assicurabilità, ovvero:

- non è più residente nel territorio della Repubblica Italiana,
- non è più parte del Nucleo familiare del Contraente,
- raggiunge 80 anni di età,
- sopravvenienza di alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS),

la copertura assicurativa cesserà alla prima scadenza annuale successiva alla perdita del/dei requisiti.

Art. 16.2 Inclusione nuovi Assicurati per modifica nucleo familiare

L'inclusione di nuovi Assicurati può avvenire solo in occasione della scadenza annuale previa comunicazione ad Aviva, tramite il proprio Intermediario, fatta eccezione per quanto previsto al punto successivo art. 16.3 - Neonati.

Art. 16.3 Neonati

Il Contraente deve inserire in copertura il/i neonato/i, se:

- è stata scelta la formula Nucleo familiare, e se
- la madre è assicurata;

facendone richiesta al proprio Intermediario, entro 30 giorni dalla data di nascita, e pagando ad Aviva il relativo Premio addizionale.

La garanzia opererà solo trascorso l'eventuale periodo di Carenza relativo alla madre.

---

[4] Articolo 1897 Codice Civile

[5] Articolo 1891 Codice Civile

Art. 17 - MODIFICA DEI PREMI AL RINNOVO ANNUALE

Ad ogni scadenza annuale dell'Assicurazione, Aviva può modificare il Premio di rinnovo, ferme le Condizioni di Assicurazione, comunicando le variazioni per iscritto al Contraente, almeno 60 giorni prima della scadenza.
Il Contraente può rifiutare le nuove condizioni proposte e inviare disdetta come previsto all'art. 10 – Disdetta dell'Assicurazione al rinnovo annuale, diversamente, l'Assicurazione si rinnova alle nuove condizioni.

Art. 18 – MODIFICA DEL PACCHETTO O DELLA FORMULA ASSICURATIVA

E' possibile cambiare formula o Pacchetto, esclusivamente alla scadenza annuale:

- con comunicazione ad Aviva entro 30 giorni prima di tale scadenza, da effettuarsi tramite il proprio Intermediario.
- sottoscrivendo una nuova Proposta-Polizza, in sostituzione dell'esistente, e corrispondendo il relativo nuovo Premio.

Art. 19 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 20 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

Aviva rinuncia al diritto all'azione di surroga[6] verso i terzi responsabili, solo se tra i terzi responsabili vi è il Contraente, l'Assicurato o un componente appartenente al Nucleo familiare dell'Assicurato.

Art. 21 - COASSICURAZIONE

Art. 21.1 Assicurazione Infortuni e Malattia

L'Assicurazione relativa alle coperture Infortuni e Malattia di cui al Pacchetto prescelto è ripartita per quote tra Aviva Italia S.p.A. e Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A., nella misura indicata nella tabella sottostante.
Ciascuna delle Imprese di Assicurazioneè tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, esclusa ogni responsabilità solidale.
Aviva è designata dal Contraente Impresa Coassicuratrice Incaricata. L'incarico conferito dal Contraente ad Aviva è efficace per tutta la durata del contratto.

Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso e alla disdetta, devono trasmettersi da Aviva al Contraente e viceversa, cioè indirizzate ad Aviva dal Contraente. Ogni comunicazione inviata o ricevuta da Aviva si intende valida per Intesa Sanpaolo RBM Salute.

Intesa Sanpaolo RBM Salute riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti d'ordinaria gestione dei contratti compiuti da Aviva, compresa l'istruzione dei sinistri e la quantificazione del loro ammontare, in virtù delle facoltà concesse ad Aviva in sede di consenso al conferimento dell'incarico da parte del Contraente, ivi

[6] Articolo 1916 Codice Civile

compresa, previo consenso di Intesa Sanpaolo RBM Salute, la facoltà di incaricare esperti (periti, medici, consulenti, ecc.).

Aviva provvede all'intera gestione del contratto, agendo anche per conto di Intesa Sanpaolo RBM Salute. Aviva provvede alla riscossione dei premi o degli importi comunque dovuti dal Contraente in dipendenza del contratto, e provvede in via esclusiva al pagamento delle prestazioni assicurate agli aventi diritto
Nessuna commissione di delega sarà dovuta ad Aviva in dipendenza delle attività connesse al contratto.

I costi per la gestione dei sinistri, che Aviva ha affidato alla struttura organizzativa esterna di Previmedical S.p.A., sono sostenuti da entrambe le Imprese di Assicurazione ciascuna per la propria quota di partecipazione al rischio.

Aviva non tratterrà alcuna quota di premio corrispondente ai costi per la gestione ed esecuzione delle attività relative al contratto svolte su incarico ed in favore del Contraente. Pertanto, la quota di premio di ristoro calcolata per ciascun contratto è pari a zero.

Impresa di Assicurazione		**Quota di partecipazione %**
Aviva Italia S.p.A.	Impresa Coassicuratrice Incaricata	55
Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.	Impresa Coassicuratrice	45

Art. 21.2 Assicurazione Assistenza
L'Assicurazione dei servizi aggiuntivi Assistenza "ComfortSalute" è invece prestata al 100% da Aviva Italia S.p.A. e, quindi, non sussiste alcun rapporto di Coassicurazione.

Art. 22 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.
L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana.

2. COPERTURA SALUTE

Questa Sezione è sempre operante indipendentemente dal Pacchetto prescelto.

CONDIZIONI SEMPRE VALIDE

Art. 23 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Aviva garantisce all'Assicurato le seguenti prestazioni:

- **Ospedaliere:**
  - **Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi;**
- **Extra-Ospedaliere:**
  - **Pacchetti di prevenzione In Network;**
  - **Alta Diagnostica;**
- **Non Autosufficienza (Base),**

ai termini e condizioni previsti dai seguenti articoli, con l'applicazione di massimali, franchigie e scoperti come indicato all'art. 27 "TABELLA, MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI – COPERTURA SALUTE".

Art. 24 - PRESTAZIONI OSPEDALIERE

Art. 24.1 Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici (GIC) e Gravi Eventi Morbosi (GEM) - Allegato I e II

In caso di Ricovero ospedaliero in Istituto di Cura a seguito di Grande Intervento Chirurgico, compreso nell'elenco di cui all'Allegato I, o Grave Evento Morboso, compreso nell'elenco di cui all'Allegato II, Aviva rimborsa all'Assicurato le seguenti spese, entro i limiti previsti:

a) **Prima del Ricovero**
Visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purchè dette prestazioni siano inerenti al Ricovero o all'Intervento Chirurgico ed effettuate nei 90 giorni precedenti al Ricovero stesso.

b) **Durante il Ricovero**
Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio; assistenza medica, ostetrica ed infermieristica; terapie, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali; onorari dell'équipe che effettua l'Intervento Chirurgico; materiale di intervento (comprese le endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assicurato), diritti di sala operatoria; rette di degenza.
Le spese sostenute per l'utilizzo di Robot verranno riconosciute entro il relativo sotto-limite.

c) Dopo il Ricovero

- Visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio tutti pertinenti alla patologia considerata;
- Assistenza infermieristica resa necessaria dalla non autosufficienza dell'Assicurato in conseguenza di Ricovero reso necessario da Grave Intervento Chirurgico (GIC) o Grave Evento Morboso (GEM);
- Le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e riabilitativi resi necessari da Grave Intervento Chirurgico (GIC) o Grave Evento Morboso (GEM). Nei casi in cui sussista una documentata impossibilità dell'Assicurato a recarsi presso un Centro Medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo domiciliare;
- Trattamenti di malattie oncologiche,

purchè dette prestazioni siano inerenti al Ricovero o all'Intervento Chirurgico ed effettuate nei 90 giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura. Relativamente alle malattie oncologiche tale termine temporale è esteso a 180 giorni successivi alla data di dimissione.

Ai fini dell'applicazione di Massimali/Franchigie/Scoperti, tutte le spese di cui ai punti precedenti riferiti al medesimo Ricovero, anche in regime di DayHospital o al singolo intervento chirurgico, sono considerate un unico Evento.
In caso di prestazioni usufruite con diversa modalità (ovvero alcune Fuori Network, alcune in Network e/o tramite SSN), pur essendo unico l'Evento, verranno applicate le diverse condizioni di liquidazione proprie di ciascuna modalità.

ESEMPIO
Intervento In Network: fattura di 5.000,00 euro
1 Visita specialistica + 1 TAC pre intervento In Network: totale spese 500,00 euro
1 Visita controllo + radiografia post-intervento Fuori Network: totale spese 400,00 euro
Sommare spese sostenute In Network: 5.000,00 euro + 500,00 euro = 5.500,00 euro a cui sottrarre la Franchigia di 350,00 euro
Costo del Sinistro per Aviva: 5.150,00 euro
Spesa a carico dell'Assicurato: 350,00 euro (pari all'ammontare della Franchigia)

Sommare spese sostenute Fuori Network: 400,00 euro
Applicare poi lo Scoperto del 35% con il minimo 500,00 euro
Nessun rimborso a carico di Aviva in quanto ammontare delle spese sostenute è inferiore al minimo dello Scoperto.

Art. 24.2 Parto Cesareo

Aviva rimborsa all'Assicurato le spese sostenute, di cui al punto precedente art. 24.1 - Ricovero Ospedaliero per GIC e GEM, in relazione a Parto Cesareo, entro il sotto-limite previsto.

Sono inoltre comprese le spese per eventuali interventi concomitanti non rientranti nell'elenco Grandi Interventi Chirurgici di cui all'Allegato I (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: appendicectomia, cisti ovarica, laparocele, ernia ombelicale, ecc.) all'interno dello stesso sotto-limite previsto per il Parto Cesareo.

Art. 24.3 Aborto Terapeutico, spontaneo o post traumatico

Aviva rimborsa all'Assicurato le sole spese del Ricovero indicate al punto b "Durante il Ricovero" di cui all'art. 24.1 - Ricovero Ospedaliero per GIC e GEM, in relazione a Aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico, entro il sotto-limite previsto.

Sono escluse le spese sostenute nei giorni precedenti e successivi al Ricovero, di cui ai punti a) e c) di cui all'art. 24.1 - Ricovero Ospedaliero per GIC e GEM.

Art. 24.4 Parto non cesareo anche domiciliare

Aviva rimborsa all'Assicurato le spese sostenute, di cui a tutto il precedente art. 24.1 - Ricovero Ospedaliero per GIC e GEM, in relazione a Parto non cesareo, anche domiciliare, entro il sotto-limite previsto.

Sono inoltre comprese le spese per eventuali interventi concomitanti, non rientranti nell'elenco Grandi Interventi Chirurgici di cui all'Allegato I, (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: appendicectomia, cisti ovarica, laparocele, ernia ombelicale, ecc) all'interno dello stesso sotto-limite previsto per il Parto non cesareo anche domiciliare.

In caso di parto non cesareo domiciliare sono comprese in copertura le spese ostetriche ed infermieristiche.

Art. 24.5 Ricoveri Particolari

Art. 24.5.1 Trapianti

La garanzia è estesa alle spese sostenute, di cui a tutto il precedente art. 24.1 - Ricovero Ospedaliero per GIC e GEM, in seguito a Trapianto, entro il Massimale previsto per il Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi.

Aviva garantisce solamente le spese relative all'Assicurato quale ricevente dell'organo trapiantato.

Sono escluse comunque tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi.

Art. 24.5.2 Ricovero domiciliare per Malattia terminale

In caso di Malattia Terminale, Aviva rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per l'assistenza domiciliare continuativa medica ed infermieristica fornita da idonee

organizzazioni o strutture sanitarie allo scopo costituite e legalmente riconosciute, entro i limiti previsti.

Art. 24.6 Garanzie accessorie

In seguito a Sinistro indennizzabile ai termini del presente art. 24 – Prestazioni Ospedaliere, la garanzia è estesa alle seguenti spese, entro i limiti previsti:

- **Trasporto Malato**
  Sono comprese le spese per il trasporto dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'estero.
  Si precisa che, se l'Assicurato scelga di avvalersi del Network sanitario convenzionato, la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della Centrale Operativa, in base alle condizioni del paziente ed indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o in paesi al di fuori dell'Europa.
  Se il Ricovero avvenga all'estero (mentre l'Assicurato è in viaggio oppure perché le strutture sanitarie in Italia non sono sufficientemente attrezzate per la complessità dell'intervento o per l'alta specializzazione richiesta dallo stesso), sono comprese anche le spese di viaggio in treno o aereo di linea, sostenute da un accompagnatore.
- **Accompagnatore**
  Sono comprese le spese per il vitto e il pernottamento in Istituto di Cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato, debitamente documentate (fatture, notule, ricevute, ecc).
  Se la Struttura Sanitaria non sia attrezzata ad ospitare l'accompagnatore, il rimborso riguarda le sole spese di pernottamento in albergo.
- **Rimpatrio salma**
  Sono comprese le spese per il rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero in conseguenza di Ricovero indennizzabile.

Art. 24.7 Indennità sostitutiva per Ricoveri presso SSN

Se le spese sostenute "Durante il Ricovero", di cui al punto b) dell'art. 24.1 – Ricovero per GIC e GEM, siano a totale carico del SSN, Aviva corrisponde – in sostituzione del rimborso delle stesse – una indennità sostitutiva per ciascun giorno di Ricovero in Istituto di Cura, nei limiti indicati.

Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di Ricovero, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del pronto soccorso / astanteria se ad essa non consegua il Ricovero nella medesima Istituto di Cura.

Le spese sostenute Prima del Ricovero e Dopo il Ricovero, previste ai punti a) e c) dell'art. 24.1 – Ricovero per GIC e GEM, sono riconosciute secondo le condizioni proprie della

modalità di accesso alle prestazioni (In Network/Fuori Network/SSN), di cui all'art. 27 – Tabella Massimali Franchigie e Scoperti - Copertura Salute.

Art. 24.8 Neonati - Estensione Malformazioni congenite

In caso di Assicurazione di neonato/i, la garanzia è estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni / difetti fisici congeniti.

La presente estensione opera esclusivamente per cure ed interventi chirurgici:

- effettuati dopo il periodo di Carenza relativo alla madre;
- effettuati entro il primo anno dalla nascita;
- entro un Massimale aggiuntivo pari a 30.000,00 euro per neonato.

Art. 24.9 Interventi concomitanti

Tutti gli interventi chirurgici coperti dall'art. 24 – Prestazioni Ospedaliere includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica, come segue:

a) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso sono compresi nel Massimale o, eventualmente, nel Sotto-limite previsto per l'intervento principale;
b) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al 50%.

ESEMPIO

Intervento principale: Isterectomia totale laparoscopica
Costo della prestazione: 5.000,00 euro

Intervento concomitante con diversa via d'accesso: Isteroscopia operativa (non compresa nei GIC)
Costo della prestazione: 2.000,00 euro

Ammontare indennizzabile

- In caso di Pacchetto Care Base o Care&Smile Base: 5.000,00 euro (100% Intervento principale). L'intervento concomitante non è coperto in quanto non incuso nella Copertura Salute.
- In caso di Pacchetto Care Plus o Care&Smile Plus: 5.000,00 euro (100% Intervento principale) + 1.000,00 euro (50% dell'Intervento concomitante con diversa via di accesso, in quanto coperto dalla Estensione Salute) = 6.000,00 euro, a cui verranno poi applicati eventuali scoperti/franchigie.

Art. 25 - PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE

Art. 25.1 Pacchetti di prevenzione In Network

Aviva garantisce all'Assicurato di poter attivare, esclusivamente In Network, a sua scelta due dei 6 pacchetti di prevenzione sotto indicati, a condizione che siano trascorsi 6 mesi dalla fruizione del pacchetto precedentemente prescelto dal medesimo Assicurato.

Gli accertamenti saranno erogati anche in assenza di prescrizione del medico curante o di un medico specialista.

A. Prevenzione Cardiovascolare

Aviva garantisce il pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate (Network) indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- Esame emocromocitometrico completo;
- Glicemia;
- Creatininemia;
- Colesterolo Totale e Colesterolo HDL;
- Alanina aminotransferasi (ALT/GPT);
- Aspartato aminotransferasi (AST/GOT);
- Esame delle urine;
- Elettrocardiogramma di base;
- Trigliceridi;
- Misurazione della pressione arteriosa.

B. Prevenzione Oncologica

Aviva garantisce il pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate (Network) indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni:

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni);
- PSA (Antigene prostatico specifico);
- PSA (Antigene prostatico specifico libero);
- Alfa Feto Proteina.

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 30 anni:

- PAP-Test;
- CA 125 (marcatore del tumore ovarico) e CA 15.3 (marcatore del tumore mammario).

C. Prevenzione della sindrome metabolica

Per attivare la garanzia, l'Assicurato deve compilare il questionario apposito a cui può accedere tramite il portale web "Servizi Aviva Salute" disponibile dall'"Area Clienti" del sito www.aviva.it, tramite username e password.

Il sito darà esito immediato del questionario:

a) nel caso non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, l'Assicurato ne avrà immediato riscontro dal risultato del questionario e non verrà posta indicazione e consigli o accertamenti successivi;

b) nel caso in cui l'Assicurato risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione, ecc.;
c) nel caso in cui si configuri un quadro di Sindrome Metabolica "conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione, ecc. e si inviterà l'Assicurato a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con l'ausilio degli accertamenti più idonei al trattamento del caso.

In quest'ultimo caso, l'Assicurato può richiedere alla Centrale Operativa di organizzare le prestazioni sotto indicate attivando la consueta procedura in regime di Assistenza Diretta da effettuarsi nell'ambito della medesima garanzia e quindi a carico di Aviva in strutture sanitarie convenzionate con il Network. La Centrale Operativa comunicherà all'Assicurato il calendario e le strutture più prossime ove poter fruire delle seguenti analisi:

- colesterolo HDL;
- colesterolo totale;
- glicemia;
- trigliceridi.

Cosa occorre fare prima di compilare il Questionario

Il questionario permette all'Assicurato di inserire i suoi dati una volta sola, salvo i casi in cui risulterà possibile ripetere l'esame del sangue dopo sei mesi.
Nella prima pagina del questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

D. Prevenzione oculistica

Aviva garantisce il pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate (Network) indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione oculistica prevede le seguenti prestazioni:

- una valutazione anamnestica (tesa ad individuare eventuali familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale);
- un esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva, ecc.) ed annessi oculari;
- uno studio del fundus oculi per individuare patologie retiniche;
- la misurazione del tono oculare;
- la misurazione del visus.

E. Prevenzione delle vie respiratorie

Aviva garantisce il pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate (Network) indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- spirometria;

- visita pneumologica.

F. Prevenzione dermatologica

Aviva garantisce il pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate (Network) indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- visita dermatologica con epiluminescenza o videodermatoscopia.

Art. 25.2 Alta Diagnostica

Aviva rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per le prestazioni sanitarie effettuate al di fuori dell'Istituto di Cura, in seguito a Infortunio o Malattia, entro i limiti indicati.

A. Alta specializzazione

- Angiografia (flebografia, arteriografia, angiopneumografia, linfografia, coronarografia o cateterismo cardiaco)
- Broncoscopia o Fibrobroncoscopia
- Cistoscopia
- Cistometria o cistografia
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (CPRE), Colangiografia intravenosa, Colangiografia percutanea, Colangiografia trans Kehr
- Ecocardiografia (Ecocardiodoppler, Ecocardiogramma mono/bilaterale più color doppler)
- Ecografia
- Ecotomografia vascolare (Doppler - Eco Color Doppler)
- EEG Mapping (Mapping del cervello)
- Elettrocardiogramma dinamico (Holter ECG)
- Elettromiografia(EMG)-Elettroneurografia (ENG)
- Fluorangiografia oculare
- Rettoscopia, Esofago gastroduodenoscopia, Pancolonscopia
- Mielografia
- Mineralogia Ossea Computerizzata (M.O.C.)
- Monitoraggio pressione arteriosa 24 ore (Holter pressorio)
- Risonanza Magnetica (R.M.)
- Scintigrafia
- SPECT (Tomografia ad emissione di fotone singolo)
- Stroboscopia laringea digitale
- Test del respiro
- Test Ergometrico o test da sforzo cardiaco
- Tomografia a emissione di positroni (PET)
- Tomografia Computerizzata (T.C.)

B. Terapie ambulatoriali rese necessarie da neoplasie;

C. Trattamenti fisioterapici e riabilitativi dell'Assicurato purché effettuati nei 360 giorni successivi alla data dell'Infortunio o alla cessazione del Ricovero nel caso di

Malattia (garanzia prestata solo a seguito di Infortunio oppure a seguito di Malattia che abbia provocato un Ricovero).

Art. 26 - NON AUTOSUFFICIENZA

Aviva garantisce per ciascun Assicurato la copertura per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta al punto "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza" di cui all'art. 54 – Modalità operative sinistri per la garanzia di Non autosufficienza delle Norme in caso di Sinistro) derivanti da Infortunio sul lavoro o Malattia/Intervento Chirurgico (tutti detti "causa"), che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari a 10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living - ADL), tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni ("Evento").

Perfezionamento dell'Evento:
Il diritto alla garanzia matura al perfezionamento dell'Evento, cioè decorsi 90 giorni dall'insorgere di uno stato di non autosufficienza ammissibile a prestazione in base alle regole di cui sopra, causato da Infortunio sul lavoro o Malattia/Intervento Chirurgico.
La copertura opererà con riferimento ai casi di non autosufficienza sopra individuati che sopravvengano e che si perfezionino nel periodo di vigenza della copertura.

Sono esclusi gli stati di non autosufficienza insorti in conseguenza di:

1) Malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici e loro conseguenze dirette, per le quali l'Assicurato ha ricevuto una diagnosi e/o prescrizione di esami, farmaci, cure, trattamenti prima della sottoscrizione della Proposta-Polizza;
2) infortuni occorsi precedentemente alla sottoscrizione della Proposta-Polizza nonché le loro complicanze e conseguenze dirette e indirette nonché i relativi postumi.

La somma garantita sarà erogabile a partire dalla data di perfezionamento dell'Evento previa verifica da parte di Aviva, della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza, come meglio descritto all'art. 54 – Modalità Operative Sinistri per la garanzia di Non Autosufficienza delle Norme in caso di Sinistro.

L'indennizzo previsto dal Pacchetto prescelto sarà corrisposto con cadenza mensile anticipata per tutto il periodo in cui perdurerà lo stato di non autosufficienza e per un periodo massimo complessivo e cumulativo di 3 anni (in vigenza di copertura assicurativa) e comunque non oltre il decesso dell'Assicurato.

ESEMPIO Non Autosufficienza Base (Copertura Salute)

Massimale: 12.000,00 euro annui - max. 3 anni

Data sottoscrizione polizza: 01/01/2020
Insorgere stato di non autosufficienza: 01/02/2020
Perfezionamento dello stato di non autosufficienza: 01/05/2020
Fine dello stato di non autosufficienza: 01/09/2020

L'Assicurato avrà diritto ad un indennizzo di 4.000,00 euro (01/05/2020 – 01/09/2020), pari all'effettivo periodo di sussistenza dello stato di non autosufficienza (4 mesi)

Art. 27 - TABELLA MASSIMALI FRANCHIGIE E SCOPERTI – COPERTURA SALUTE

Le garanzie di cui alla presente sezione "Copertura Salute" sono prestate fino alla concorrenza dei massimali indicati nella tabella, previa applicazione delle franchigie e/o degli scoperti previsti.

I massimali si intendono operanti per ciascun Assicurato e per annualità assicurativa, se non diversamente indicato.

Le franchigie e gli scoperti si intendono operanti per Evento, salvo diversamente indicato.

Se, per la medesima patologia, venissero richieste dall'Assicurato prestazioni fornite da diverse garanzie, i massimali, le franchigie e gli scoperti sulle singole garanzie/prestazioni opereranno in maniera distinta e indipendente.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE (art. 24)*		
GARANZIE	**MASSIMALI**	**FRANCHIGIE E SCOPERTI**
Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi (art. 24.1)		
In Network	1.500.000,00 euro	350,00 euro per Evento
Fuori Network	700.000,00 euro	Scoperto 35% con il minimo di 500,00 euro per Evento
SSN	Come Fuori Network	nessuna
Spese pre e post Ricovero	Comprese nel Massimale del Ricovero (stesso "Evento"), effettuate al massimo: - 90 giorni prima del Ricovero	

	- 90 giorni dopo la dimissione (180 giorni dopo per malattie oncologiche)		
Robot	Sotto-limite di 5.000,00 euro per Evento		
Parto Cesareo (art. 25.2)	Sotto-limite di 5.000,00 euro per Evento	In Network	Nessuna
		Fuori Network	Scoperto 35%
		SSN	Nessuna
Aborto terapeutico, spontaneo o post traumatico (art. 25.3)	Sotto-limite di 5.000,00 euro per Evento (escluse le spese pre-post Ricovero)	In Network	Nessuna
		Fuori Network	Scoperto 35%
		SSN	Nessuna
Parto non cesareo anche domiciliare (art. 25.4)	Sotto-limite di 3.000,00 euro per Evento	In Network	Nessuna
		Fuori Network	Scoperto 35%
		SSN	nessuna
Ricoveri particolari (art. 24.5)			
Trapianti	Come Ricovero per GIC/GEM	Come Ricovero per GIC/GEM	
Ricovero domiciliare per Malattia terminale	90,00 euro al giorno con il massimo di 60 giorni		
Garanzie Accessorie (art. 24.6)			
Trasporto Malato	500,00 euro	nessuna	
Trasporto con eliambulanza	elevato a 1.500,00 euro	nessuna	
Trasporto all'estero con eventuale accompagnatore	elevato a 1.500,00 euro	nessuna	
Accompagnatore	60,00 euro al giorno con il massimo di 30 giorni	nessuna	
Rimpatrio Salma	2.500,00 euro	nessuna	
Indennità sostitutiva per ricoveri presso SSN (art. 24.7)			
Ricoveri presso SSN con almeno un pernottamento	150,00 euro al giorno con il massimo di 90 giorni	nessuna	
Ricoveri presso SSN in Day Hospital	80,00 euro	nessuna	
Neonati – Estensione Malformazioni congenite (art. 24.8)	30.000,00 euro aggiuntivi entro il primo anno di vita		

* Le garanzie previste dall'art. 24 – Prestazioni Ospedaliere prevedono un Massimale complessivo di 1.500.000,00 euro per ciascun Assicurato e per annualità assicurativa, con il Sotto-limite di 700.000,00 euro in caso di Ricovero Fuori Network (comprese eventuali prestazioni in SSN).

PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE (art. 25)			
GARANZIE	**MASSIMALI**	**FRANCHIGIE E SCOPERTI**	
Pacchetti di prevenzione In Network (art. 25.1)			
In Network	2 pacchetti preventivi a scelta tra i 6 disponibili per annualità assicurativa/nucleo familiare	nessuno	
Fuori Network	Non coperto		
Alta Diagnostica (art. 25.2) *			
In Network	5.000,00 euro	35,00 euro	
Fuori Network	2.500,00 euro	Scoperto 35% con minimo 55,00 euro	
		SSN	nessuna

* Le garanzie previste dall'art. 25.2 – Prestazioni Extra-Ospedaliere – Alta Diagnostica prevedono un Massimale complessivo di 5.000,00 euro per ciascun Assicurato e per annualità assicurativa, con il Sotto-limite di 2.500,00 euro in caso di Prestazioni Fuori Network (comprese eventuali prestazioni in SSN).

NON AUTOSUFFICIENZA (art. 26)		
GARANZIE	**MASSIMALI**	**FRANCHIGIE E SCOPERTI**
Base	12.000,00 euro annui (pari a 1.000,00 euro mensili), con il limite di 3 anni, a titolo di rimborso spese forfettario.	nessuna

1° ESEMPIO Prestazione Ospedaliera – GIC – Fuori Newtork
Prestazione: Bypass aorto-coronarico
Costo della prestazione: 20.000,00 euro
Scoperto del 35%: 7.000,00 euro
Indennizzo: 20.000,00 euro – 7.000,00 euro = 13.000,00 euro

2° ESEMPIO Prestazione Ospedaliera – GIC – In Newtork
Prestazione: Bypass aorto-coronarico
Costo della prestazione in Network: 18.000,00 euro
Franchigia: 350,00 euro
L'Assicurato dovrà versare alla Struttura Sanitaria Convenzionata 350,00 euro; la rimanente parte (17.650,00 euro) sarà direttamente versata da Aviva alla Struttura Sanitaria Convenzionata.

3° ESEMPIO Prestazione Extra-Ospedaliera – Alta Diagnostica – In Network
Prestazione: Risonanza Magnetica
Costo della prestazione in Network: 300,00 euro
Franchigia: 35,00 euro
L'Assicurato dovrà versare alla Struttura Sanitaria Convenzionata 35,00 euro; la rimanente parte (265,00 euro) sarà direttamente versata da Aviva alla Struttura Sanitaria Convenzionata.

ESCLUSIONI

Art. 28 - ESCLUSIONI

In relazione alle garanzie previste al precedente art. 24 - Prestazioni Ospedaliere e art. 26 - Non Autosufficienza, l'Assicurazione non è operante per:

1) le conseguenze dirette di Malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici per le quali l'Assicurato ha ricevuto una diagnosi e/o prescrizione di esami, farmaci, cure, trattamenti prima della sottoscrizione della Proposta-Polizza.

L'Assicurazione non è inoltre operante per:

2) gli infortuni occorsi precedentemente alla sottoscrizione della Proposta-Polizza nonché le loro complicanze e conseguenze dirette e indirette nonché i relativi postumi;
3) le prestazioni successive alla data di scadenza o di anticipata cessazione della Polizza, per qualsiasi motivo, anche se la Malattia si è manifestata e l'Infortunio è avvenuto durante il periodo di validità della garanzia;

4) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
5) gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, a stato di ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni; in caso di uso terapeutico di stupefacenti o allucinogeni, sono esclusi gli infortuni, le malattie e le intossicazioni conseguenti all'uso degli stessi se assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
6) gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: partecipazione a corse/gare comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore e relative prove e allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura), sport aerei, salto dal trampolino con gli sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, mountain bike e "downhill";
7) gli infortuni derivanti dalla pratica di sport a livello professionistico primaria o secondaria (o comunque in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione) e relative gare, prove ed allenamenti;
8) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
9) le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni biologiche o chimiche;
10) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare), isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc., salvo le lesioni subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
11) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
12) ricoveri in lungodegenza;
13) strutture di lungodegenza;
14) le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali (elencate nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità), e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
15) interruzione volontaria della gravidanza;
16) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da Infortunio) e fitoterapiche e le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica;
17) le cure dentarie, paradentarie, ortodontiche, le protesi dentarie e i Trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di Ricovero,

Day Hospital, Intervento Ambulatoriale) salvo quando esplicitamente previsto dalle specifiche garanzie “Cure Odontoiatriche” previste dal Pacchetto prescelto;

18) l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della garanzia. L'esclusione non vale per i nati in corso di garanzia entro il primo anno di età secondo quanto previsto all’art. 16.3 "Neonati";
19) cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi della presente Polizza;
20) Trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
21) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari;
22) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
23) 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). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
24) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche e i Trattamenti fisioterapici e riabilitativi come normati nelle spese "dopo il Ricovero" di cui alle Prestazioni Ospedaliere;
25) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
26) gli stati patologici correlati all’infezione da HIV;
27) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo (salvo quanto esplicitamente previsto dalla garanzia di cui all’art. 25.1 - Pacchetti di prevenzione In Network), i vaccini;
28) le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
29) Ricoveri impropri;
30) le conseguenze dirette od indirette di pandemie;
31) l'acquisto, la manutenzione e riparazione di Protesi ortopediche (salvo quanto previsto alla garanzia di cui all’art. 31.2 – Protesi ortopediche e apparecchi acustici, in caso di operatività della Sezione Estensione Salute) e Apparecchi terapeutici;
32) le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni,
33) gli infortuni derivanti / correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
34) le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

35) le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
36) le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa.

3. ESTENSIONE SALUTE

Questa Sezione opera esclusivamente se il Contraente acquista il Pacchetto Care Plus oppure il Pacchetto Care & Smile Plus.

Art. 29 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Aviva garantisce all'Assicurato le seguenti prestazioni:

- **Ospedaliere:**
  - **Ricoveri con e senza intervento, Day Hospital/Day Surgery, Intervento ambulatoriale;**
- **Extra-Ospedaliere:**
  - **Visite Specialistiche e Analisi di laboratorio;**
  - **Protesi ortopediche ed apparecchi acustici;**
  - **Lenti correttive della vista;**
- **Non Autosufficienza (Plus),**

ai termini e condizioni previsti dai seguenti articoli, con l'applicazione di massimali, franchigie e scoperti come indicato all'art. 33 - TABELLA MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI – ESTENSIONE SALUTE.

Art. 30 - PRESTAZIONE OSPEDALIERE

Art. 30.1 Ricoveri con e senza intervento, Day Hospital/Day Surgery, Intervento Ambulatoriale

In caso di Ricovero ospedaliero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio e Malattia salvo quanto già previsto dalla garanzia "Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici (GIC) e Gravi Eventi Morbosi (GEM)" di cui all'art. 24.1 della sezione Copertura Salute, Aviva rimborsa all'Assicurato le seguenti spese, entro i limiti previsti:

a) **Prima del Ricovero**
visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purché dette prestazioni siano inerenti al Ricovero o all'Intervento Chirurgico ed effettuate nei 30 giorni precedenti il Ricovero.

b) **Durante il Ricovero**
accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio; assistenza medica, ostetrica ed infermieristica; terapie, Trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali; onorari dell'équipe che effettua l'Intervento Chirurgico; materiale di intervento (comprese le endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assicurato), diritti di sala operatoria; rette di degenza.
Le spese sostenute per l'utilizzo di Robot verranno riconosciute entro il relativo Sotto-limite.

c) **Dopo il Ricovero**
- visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio tutti pertinenti alla patologia considerata;

- assistenza infermieristica resa necessaria dalla non autosufficienza dell'Assicurato in conseguenza di eventi coperti al presente articolo.
- le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali Trattamenti fisioterapici e riabilitativi resi necessari da Infortunio o dall'Intervento Chirurgico. Nei casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un Centro Medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo domiciliare;

purchè dette prestazioni siano inerenti al Ricovero o all'Intervento Chirurgico ed effettuate nei 30 giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura.

Ai fini dell'applicazione di Massimali/Franchigie/Scoperti, tutte le spese di cui ai punti precedenti riferiti al medesimo Ricovero, anche in regime di DayHospital o al singolo Intervento Chirurgico, sono considerate un unico Evento.
In caso di prestazioni usufruite con diversa modalità (ovvero alcune Fuori Network, alcune in Network e/o tramite SSN), pur essendo unico l'Evento, verranno applicate le diverse condizioni di liquidazione proprie di ciascuna modalità.

Art. 30.2 Interventi concomitanti
Tutti gli interventi chirurgici coperti dall'art. 30 – Prestazioni Ospedaliere includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica, come segue:

a) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso sono compresi nel Massimale o, eventualmente, nel Sotto-limite previsto per l'intervento principale;

b) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al 50%.

ESEMPIO
Intervento principale: Isterectomia totale laparoscopica
Costo della prestazione: 5.000,00 euro

Intervento concomitante con diversa via d'accesso: Isteroscopia operativa (non compresa nei GIC)
Costo della prestazione: 2.000,00 euro

Ammontare indennizzabile

- In caso di Pacchetto Care Base o Care&Smile Base: 5.000,00 euro (100% Intervento principale). L'intervento concomitante non è coperto in quanto non incuso nella Copertura Salute.

In caso di Pacchetto Care Plus o Care&Smile Plus: 5.000,00 euro (100% Intervento principale) + 1.000,00 euro (50% dell'Intervento concomitante con diversa via di accesso, in quanto coperto dalla Estensione Salute) = 6.000,00 euro, a cui verranno poi applicati eventuali scoperti/franchigie.

Art. 31 - PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE

Art. 31.1 Visite Specialistiche e analisi di laboratorio

Aviva garantisce il pagamento delle spese sostenute e non rientranti fra quelle previste all'art. 25.2 - Alta diagnostica di cui alla Sezione Copertura Salute per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a Malattia o a Infortunio, entro i limiti previsti.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza dl un'eventuale patologia.

Sono escluse le visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e le visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

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

Art. 31.2 Protesi ortopediche e apparecchi acustici

Aviva rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di protesi ortopediche e/o apparecchi acustici, entro i limiti previsti.

Art. 31.3 Lenti correttive della vista

Aviva rimborsa, entro i limiti previsti, le spese sostenute per l'acquisto di lenti correttive di vizi della vista clinicamente accertati, mediante prescrizione del medico oculista o optometrista regolarmente abilitato che certifichi la necessità di nuove lenti, rispetto a quelle in uso dal paziente perché non più efficaci a seguito di avvenuta modificazione della capacità visiva dell'occhio (modifica del visus).

Sono escluse le lenti a contatto e le protesi sostitutive oculari. E' altresì esclusa la montatura degli occhiali.

Art. 32 - NON AUTOSUFFICIENZA (PLUS)

Aviva garantisce per ciascun Assicurato la copertura per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie, secondo i termini e le condizioni di cui all'art. 26 - Non Autosufficienza (Base) di cui alla sezione Copertura Salute, con un Massimale aumentato a 24.000,00 euro annui con il massimo di tre anni.

Art. 33 - TABELLA MASSIMALI FRANCHIGIE E SCOPERTI – ESTENSIONE SALUTE

Le garanzie di cui alla presente sezione "Estensione Salute" sono prestate fino alla concorrenza dei massimali indicati nella tabella, previa applicazione delle franchigie e/o degli scoperti previsti.

I massimali si intendono operanti per ciascun Assicurato e per annualità assicurativa, se non diversamente indicato.

Le franchigie e gli scoperti si intendono operanti per Evento, salvo diversamente indicato.

Se, per la medesima patologia, venissero richieste dall'Assicurato prestazioni fornite da diverse garanzie, i massimali, le franchigie e gli scoperti sulle singole garanzie/prestazioni opereranno in maniera distinta e indipendente.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE (art. 30)*		
GARANZIE	**MASSIMALI**	**FRANCHIGIE E SCOPERTI**
Ricoveri con e senza intervento, Day Hospital/Day Surgery, Intervento ambulatoriale (art. 30.1)		
In Network	1.000.000,00 euro	500,00 euro per Evento
Fuori Network	700.000,00 euro	Scoperto 35% con il minimo di 1.500,00 euro per Evento
SSN	Come fuori network	nessuna
Spese pre e post Ricovero	Comprese nel Massimale del Ricovero (stesso "Evento"), effettuate al massimo: - 30 giorni prima del Ricovero	

	- 30 giorni dopo la dimissione
Robot	Sotto-limite di 5.000,00 euro per Evento

* Le garanzie previste dall'art. 30– Prestazioni Ospedaliere prevedono un Massimale complessivo di 1.000.000,00 euro per ciascun Assicurato e per annualità assicurativa, con il Sotto-limite di 700.000,00 euro in caso di Ricovero Fuori Network (comprese eventuali prestazioni in SSN).

PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE (art. 31)			
GARANZIE	**MASSIMALI**	**FRANCHIGIE E SCOPERTI**	
Visite Specialistiche e Analisi di laboratorio (art. 31.1)	1.000,00 euro	In Network	25,00 euro
		Fuori Network	Scoperto 35% minimo 35,00 euro
		SSN	Nessuna
Protesi Ortopediche ed apparecchi acustici (art. 31.2)	500,00 euro	55,00 euro	
Lenti correttive della vista (art. 31.3)	155,00 euro	55,00 euro	

NON AUTOSUFFICIENZA (art. 32)		
GARANZIE	**MASSIMALI**	**FRANCHIGIE E SCOPERTI**
Plus*	24.000,00 euro (pari a 2.000,00 euro mensili), con il limite di 3 anni, a titolo di rimborso spese forfettario.	Nessuna

* Il Massimale previsto per la garanzia Non Autosufficienza Plus si intende sostitutivo e non aggiuntivo rispetto al Massimale previsto per la garanzia Non Autosufficienza Base previsto dalla Copertura Salute.

1° ESEMPIO Prestazioni Ospedaliere - Ricoveri con e senza intervento, Day Hospital/Day Surgery, Intervento Ambulatoriale - In Network
Prestazione: Ricovero Ospedaliero in Day Hospital con Intervento Chirurgico (comprende spese pre, durante e post Ricovero)
Costo della prestazione: 20.000,00 euro
Franchigia: 500,00 euro
L'Assicurato dovrà versare alla Struttura Sanitaria Convenzionata 500,00 euro; la rimanente parte (19.500,00 euro) sarà direttamente versata da Aviva alla Struttura Sanitaria Convenzionata.

2° ESEMPIO Prestazioni Ospedaliere - Ricoveri con e senza intervento, Day Hospital/Day Surgery, Intervento Ambulatoriale - Fuori Network
Prestazione: Ricovero Ospedaliero in Day Hospital con Intervento Chirurgico (comprende spese pre, durante e post Ricovero)
Costo della prestazione: 20.000,00 euro
Scoperto del 35%: 7.000,00 euro
Indennizzo: 20.000,00 euro – 7.000,00 euro = 13.000,00 euro

3° ESEMPIO Prestazione Extra-Ospedaliera - Visite Specialistiche - In Network
Prestazione: Visita cardiologica
Costo della prestazione in Network: 200,00 euro
Franchigia: 25,00 euro
L'Assicurato dovrà versare alla Struttura Sanitaria Convenzionata 25,00 euro; la rimanente parte (175,00 euro) sarà direttamente versata da Aviva alla Struttura Sanitaria Convenzionata.

4° ESEMPIO Prestazione Extra-Ospedaliera - Lenti correttive della vista
Prestazione: Lenti per cambio status visus
Costo della prestazione: 250,00 euro
Franchigia: 55,00 euro
Danno liquidabile: 250,00-55,00 = 195,00 euro
Massimale: 155,00 euro
Indennizzo: 155,00 euro

Art. 34 – ESCLUSIONI

Si intendono valide ed operanti tutte le esclusioni di cui all'art. 28 - Esclusioni della sezione "Copertura Salute".

L'Assicurazione non è altresì operante per:

1) gli interventi odontoiatrici, resi necessari per cause diverse dall'Infortunio, effettuati sia in Day Hospital che in regime ambulatoriale;
2) Prestazioni Ospedaliere e Non Autosufficienza direttamente conseguenti a Malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici per le quali l'Assicurato ha ricevuto una diagnosi e/o prescrizione di esami, farmaci, cure, trattamenti prima della sottoscrizione della Proposta-Polizza.

4. CURE ODONTOIATRICHE IN NETWORK

Questa Sezione opera esclusivamente se il Contraente acquista i Pacchetti Care Base, Care Plus, Care & Smile Base o Care & Smile Plus.

Art. 35 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Aviva garantisce a ciascun Assicurato la prestazione delle seguenti cure odontoiatriche esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di Strutture sanitarie e personale convenzionato (Network) attivando preventivamente il regime di Assistenza Diretta, entro i limiti previsti.

A) Prestazioni di Implantologia

La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

Ai fini della valutazione del sinistro dovranno essere prodotte, alla Struttura Sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione dell'impianto/i.

B) Avulsione (estrazione denti)

Aviva garantisce a ciascun Assicurato il pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione).

Ai fini della valutazione del sinistro dovranno essere prodotte, alla Struttura Sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'effettuazione della prestazione.

C) Altre cure dentarie

Aviva garantisce a ciascun Assicurato il pagamento delle seguenti prestazioni odontoiatriche che vengono liquidate in misura integrale direttamente alle Strutture Convenzionate al netto delle franchigie previste che saranno a carico dell'Assicurato.

PRESTAZIONE	FRANCHIGIA*
CONSERVATIVA	
Sigillatura (per ogni dente)	27,50
Cavità di 5[9] classe di BLACK	71,50
Cavità di 1[9] classe di BLACK	71,50
Cavità di 2[9] classe di BLACK	71,50
Cavità di 3[9] classe di BLACK	88,00
Cavità di 4[9] classe di BLACK	88,00

Incappucciamento della polpa	40,70
Intarsio L.P. — Inlay od onlay	275,00
Intarsio in ceramica	330,00
Intarsio in composito	220,00
Ricostruzione di angoli	77,00
Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento	137,50
Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) ed otturazione cavo pulpare	77,00
Endodonzia (prestazione ad un canale) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	88,00
Endodonzia (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	143,00
Endodonzia (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	193,05
Endodonzia (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	297,00
Ritrattamento monocanalare (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	110,00
Ritrattamento canalare (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	165,00
Ritrattamento canalare (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	215,05
Ritrattamento canalare (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	319,00
CHIRURGIA	
Intervento per flemmone delle logge perimascellari	80,30
Apicectomia (compresa cura canalare)	170,50
Rizectomia e/o rizotomia (compreso lembo d'accesso) - come unico intervento	110,00
Asportazione cisti mascellari	284,90
Asportazione di epulide	102,30
Intervento Chirurgico preprotesico (level. Cresta alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomia, ecc.)	143,00

Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance,de palato, ecc.	227,70
Disinclusione denti ritenuti (per ciascun elemento)	199,10
Frenulotomia o frenulectomia	40,70
Biopsie (qualunque numero)	57,20
PROTESICA	
Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata - compresi ganci ed elementi)	247,50
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata) propedeutica a impianti o a protesi definitiva rimovibile	121,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica	935,00
Protesi totale immediata (per arcata)	275,00
Gancio su scheletrato	44,00
Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP	165,00
Apparecchio scheletrato (struttura LNP O LP, comprensivo di elementi - per arcata)	880,00
Riparazione di protesi rimovibile (qualsiasi tipo)	66,00
Corona protesica in L.N.P. e ceramica	435,05
Corona in L.P. e ceramica integrale	550,00
Corona protesica in ceramica integrale	660,00
Corona protesica provvisoria semplice in resina	55,00
Perno moncone e/o ricostruzione con perno-perno fuso/prefabbricato/in fibra carb.	148,50
Riparazione protesi mobile in resina o scheletrata	66,00
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	60,50
Ribasatura definitiva protesi totale superiore/inferiore - tecnica diretta/indiretta	176,00
Corona fusa in L.P./L.N.P./L.N.P. e resina	374,00
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	207,90
Corona fusa LP o LP e faccetta in resina o LP e faccetta in resina fresata (per elemento)	385,00

Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)	60,50
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)	38,50
Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama (per elemento)	77,00
Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte	22,00
Riparazione di faccette in resina o ceramica	55,00
ORTOGNATODONZIA	
Terapia ortodontica con apparecchiature fisse (escluso apparecchio invisalign) per arcata per anno	1.100,00
Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata per anno	759,00
Visita ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio	77,00
Bite notturno	275,00
IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA	
Levigatura delle radicie/o courettage gengivale	49,50
Profilassi dentale (lucidatura)	27,50
Trattamento chimico dell'ipersensibilità e profilassi carie con applicazioni topiche oligoelementi (per arcata)	27,50
Applicazione topica di fluoro (unica prestazione)	22,00
Legature dentali extra/intra coronali (per 4 denti)	132,00
Placca di svincolo	238,70
Molaggio selettivo parziale (per seduta - max 3)	57,20
Gengivectomia (per quadrante come unica prestazione)	192,50
Gengivectomia per dente	55,00
Chirurgia gengivale, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	204,60
Chirurgia muco gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	284,90
Amputazioni radicolari (per radice escluso il lembo di accesso)	110,00

Chirurgia ossea (incluso il lembo di accesso, inclusa sutura)	358,60
Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)	426,80
Innesto di materiale biocompatibile (qualunque numero o sede degli impianti)	477,40
Lembo gengivale semplice	220,00
Lembi (liberi o peduncolati) per la correzione di difetti muco gengivali - per 4 denti	286,00
DIAGNOSTICA	
Radiografia endorale (ogni due elementi)	17,60
Radiografia endorale per arcate	46,20
Bite wings	22,00
Radiografia: per ogni radiogramma in più	12,10
Ortopantomografia od ortopanoramica	33,00
Teleradiografia	46,20
Dentalscan 1 arcata	199,10
Dentalscan 2 arcate	284,90
Esame elettromiografico	198,00
Esame Kinesiografico	220,00

**i valori sono espressi in euro.*

Sono escluse le prestazioni non esplicitamente indicate.

D) Prevenzione odontoiatrica

Aviva garantisce a ciascun Assicurato il pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale per ciascuna annualità assicurativa in strutture sanitarie convenzionate (Network), indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, se si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale;
- Visita specialistica odontoiatrica.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.
Restano a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi, ecc.

E) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

Aviva garantisce a ciascun Assicurato il pagamento delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di Infortunio, al massimo una volta per ciascuna annualità assicurativa, in strutture sanitarie convenzionate (Network), indicate dalla Centrale Operativa. L'Assicurato, previo invio del certificato di pronto soccorso, dovrà quindi avvalersi di strutture sanitarie e personale convenzionato:

- Sigillatura (per ogni dente);
- Otturazione (qualsiasi tipo);
- Incappucciamento della polpa;
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento;
- Endodonzia (comprese RX e qualunque tipo di otturazione).

Art. 36 - TABELLA MASSIMALI FRANCHIGIE E SCOPERTI – CURE ODONTOIATRICHE IN NETWORK

Le garanzie di cui alla presente sezione "Cure Odontoiatriche in Network" sono prestate fino alla concorrenza dei massimali indicati nella tabella, previa applicazione delle franchigie e/o degli scoperti previsti.

I massimali si intendono operanti per ciascun Assicurato e per annualità assicurativa, se non diversamente indicato.

Le franchigie e gli scoperti si intendono operanti per Evento, salvo diversamente indicato.

Se, per la medesima patologia, venissero richieste dall'Assicurato prestazioni fornite da diverse garanzie, i massimali, le franchigie e gli scoperti sulle singole garanzie/prestazioni opereranno in maniera distinta e indipendente.

CURE ODONTOIATRICHE IN NETWORK (art. 35)		
GARANZIE	**MASSIMALI**	**FRANCHIGIE E SCOPERTI**
A) Impianti	Illimitato	800,00 euro per impianto
B) Avulsione	Illimitato	35,00 euro per estrazione semplice 135,00 euro per estrazione complessa
C) Altre cure dentarie	Illimitato	Franchigia differenziata per prestazione

D) Prevenzione odontoiatrica	1 volta all'anno	nessuna
E) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica	1 volta all'anno	35,00 euro per Evento

ESEMPIO Cure Odontoiatriche In Network
Prestazione: Avulsione semplice
Costo della prestazione in Network: 100,00 euro
Franchigia: 35,00 euro
L'Assicurato dovrà versare alla Struttura Sanitaria Convenzionata 35,00 euro; la rimanente parte (65,00 euro) sarà direttamente versata da Aviva alla Struttura Sanitaria Convenzionata.

ESCLUSIONI

Art. 37 - ESCLUSIONI

Si intendono valide ed operanti tutte le esclusioni di cui all'art. 28 - Esclusioni della sezione "Copertura Salute".
Ad integrazione di quanto previsto dall'art. 28 - Esclusioni di cui alla sezione Copertura Salute, l'Assicurazione non è operante per:

1) le malattie, stati patologici e/o difetti fisici e/o anomalie congenite preesistenti alla data di sottoscrizione della Proposta-Polizza; parimenti vengono escluse le prestazioni odontoiatriche rese necessarie da situazioni patologiche, stati patologici o necessità di sostituzione protesi per grave usura già in atto al momento della sottoscrizione della Proposta-Polizza.

5. ESTENSIONE DENTAL

Questa Sezione opera esclusivamente se il Contraente acquista il Pacchetto Care & Smile Base oppure il Pacchetto Care & Smile Plus.

Art. 38 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Aviva garantisce all'Assicurato il rimborso delle seguenti cure odontoiatriche eseguite al di fuori del Network convenzionato:

- **Cure Odontoiatriche Fuori Network:**
  - **Igiene e Visita;**
  - **Altre cure dentarie;**
  - **Pacchetto Emergenza Odontoiatrica,**

ai termini e condizioni previsti dai seguenti articoli.

La copertura è soggetta all'applicazione di massimali, vincoli tecnici e temporali, riportati nell'Allegato III "Tariffario Cure Odontoiatriche Fuori Network".

Art. 39 - CURE ODONTOIATRICHE FUORI NETWORK

Art. 39.1 Igiene e Visita

Aviva garantisce per ciascun Assicurato il rimborso di una visita odontoiatrica di controllo e prevenzione (prestazione 02, comprensiva delle prestazioni 07 o 08, di cui all'Allegato III "Tariffario Cure Odontoiatriche Fuori Network") una volta all'anno.

Inoltre, per ciascun Assicurato di età inferiore a 13 anni, è prevista anche la sigillatura dei solchi per elemento (prestazione 09), purché avvenga una sola volta nell'arco temporale di validità dell'Assicurazione.

Le prestazioni sopra indicate sono comprese nell'Allegato III "Tariffario Cure Odontoiatriche Fuori Network" alla lettera A. IGIENE E VISITA.

Art. 39.2 Altre cure dentarie

Aviva garantisce all'Assicurato il rimborso delle prestazioni odontoiatriche indicate espressamente nell'Allegato III "Tariffario Cure Odontoiatriche Fuori Network", entro i massimali, i vincoli tecnici e temporali ivi indicati.

Il Tariffario è suddiviso nelle seguenti macro-aree:

B. PARTE GENERALE — PARODONTOLOGIA
C. CONSERVATIVA - ENDODONZIA
D. GNATOLOGIA
E. IMPLANTOLOGIA
F. CHIRURGIA
G. PROTESI FISSA - PROTESI MOBILE - PROTESI COMBINATA
H. ORTODONZIA

Art. 39.3 Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

Aviva garantisce a ciascun Assicurato il rimborso, massimo una volta l'anno, delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di Infortunio, previo invio del certificato di pronto soccorso:

- sigillatura (per ogni dente);
- otturazione (qualsiasi tipo);
- incappucciamento della polpa;
- ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento;
- endodonzia (comprese RX e qualsiasi tipo di otturazione).

La garanzia opera per ciascuna prestazione, entro i massimali previsti dall'Allegato III "Tariffario Cure Odontoiatriche Fuori Network", senza applicazione dei vincoli temporali in esso eventualmente previsti per le prestazioni sopra indicate.

Art. 40 - TABELLA RIEPILOGO MASSIMALI – ESTENSIONE DENTAL

Aviva provvede al rimborso delle prestazioni odontoiatriche indicate espressamente nell'Allegato III "Tariffario Cure Odontoiatriche Fuori Network", sino a concorrenza dell'importo di Tariffa ivi indicato per ciascuna prestazione (Massimale) e con applicazione dei vincoli tecnici e temporali previsti.

CURE ODONTOIATRICHE FUORI NETWORK (art.38)		
GARANZIE	**MASSIMALI***	**VINCOLI TECNICI E TEMPORALI**
A. Igiene e Visita	da 15,00 euro a 50,00 euro	Come da Allegato III "Tariffario Cure Odontoiatriche Fuori Network"
B. Paradontologia	da 8,00 euro a 350,00 euro	
C. Conservativa e Endodonzia	da 50,00 euro a 350,00 euro	
D. Gnatologia	da 60,00 euro a 400,00 euro	
E. Implantologia	da 350,00 euro a 800 euro	
F. Chirurgia	da 80,00 euro a 350,00 euro	
G. Protesi Fissa – mobile – combinata	da 50,00 euro a 900,00 euro	
H. Ortodonzia	da 200,00 euro a 1.200 euro	
Pacchetto Emergenza Odontoiatrica	1 volta all'anno (sigillatura, otturazione, incappucciamento della polpa, ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite/perno ad elemento, endodonzia – compresa RX e otturazione)	

**vedere colonna "Tariffa" di cui all'Allegato III "Tariffario Cure Odontoiatriche Fuori Network".*

1° ESEMPIO E - Implantologia
Durata Polizza: 01/01/2020-01/01/2021
Prestazione: E-56 Pilastro (abutment) o moncone o attacco per protesi rimovibili – per singolo impianto
Data del sinistro: 01/06/2020
Costo della prestazione: 500,00 euro
Tariffa: 350,00 euro
Indennizzo: 350,00 euro

2° ESEMPIO E - Implantologia
Durata Polizza: 01/01/2020-01/01/2021
Prestazione: E-56 Pilastro (abutment) o moncone o attacco per protesi rimovibili – per singolo impianto
Data del sinistro: 01/09/2020
Costo della prestazione: 500,00 euro
Tariffa: 350,00 euro
Limite temporale alla prestazione: 1 sola volta
Indennizzo: nessuno, in quanto prestazione già effettuata/rimborsata (vedi sinistro di cui all'Esempio 1)

ESCLUSIONI

Art. 41 - ESCLUSIONI

Si intendono valide ed operanti tutte le esclusioni di cui all'art. 28 - Esclusioni della sezione "Copertura Salute" e all'art. 37 – Esclusioni della sezione "Cure Odontoiatriche in Network".

Ad integrazione di quanto previsto dall'art. 28 - Esclusioni di cui alla sezione Copertura Salute, l'Assicurazione non è operante per:

1) tutte le prestazioni non espressamente indicate nell'Allegato III "Tariffario Cure Odontoiatriche Fuori Network";
2) le malattie, stati patologici e/o difetti fisici e/o anomalie congenite preesistenti alla data di sottoscrizione della Proposta-Polizza; parimenti vengono escluse le prestazioni odontoiatriche rese necessarie da situazioni patologiche, stati patologici o necessità di sostituzione protesi per grave usura già in atto al momento della sottoscrizione della Proposta-Polizza;
3) le procedure sperimentali o che non siano riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni Odontoiatriche;

4) le procedure di ricostruzione o splintaggio utilizzate per incrementare la dimensione verticale, ristabilire l'occlusione, sostituire o stabilizzare la struttura del dente persa a causa di attrito;
5) la sostituzione di protesi complete o parziali rimovibili a causa di rottura mentre non in uso o perse o rubate;
6) le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti o parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che rimovibile;
7) l'estrazione di denti decidui (da latte);
8) i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca.

6. ASSISTENZA "COMFORTSALUTE®"

Sezione sempre operante indipendentemente dal Pacchetto prescelto.

Aviva presta il servizio di Assistenza tramite una Struttura Organizzativa esterna, Previmedical S.p.A. con Sede in Via E. Forlanini, 24 – 31022 Preganziol – Località Borgo Verde (TV)[7].
Alla scadenza di ogni annualità assicurativa, Aviva può cambiare Struttura Organizzativa, avvisando subito il Contraente e garantendo le medesime prestazioni previste dal contratto.

Per usufruire del servizio di Assistenza, l'Assicurato deve rivolgersi solo alla Centrale Operativa di Previmedical che può essere contattata ai seguenti numeri attivi 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno:

- **dall'Italia chiamando il numero Verde 800 904 919**
- **dall'estero chiamando il numero +39 0422 174 43 89**

Per richiedere l'Assistenza è necessario comunicare:

- **le proprie generalità e quelle del Contraente (se diverso dall'Assicurato);**
- **il numero di Polizza Assistenza;**
- **il tipo di prestazione richiesta;**
- **il numero di telefono per essere contattato e l'indirizzo del luogo in cui la prestazione è richiesta.**

La Struttura Organizzativa si riserva di richiedere eventuali ulteriori documenti necessari per la gestione del Sinistro.

CONDIZIONI SEMPRE VALIDE

Art. 42 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
Aviva garantisce all'Assicurato le seguenti prestazioni, entro i limiti indicati:

1) SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA, INFORMAZIONI SANITARIE E RICERCA DEGLI ISTITUTI DI CURA

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.
Le modalità di fornitura della consulenza medica si differenziano a seconda della natura della richiesta:

a) Informazione ed orientamento medico telefonico
Quando l'Assicurato necessita di consigli medico-sanitari generici e/o di informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale, la Centrale Operativa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato. Il servizio fornisce, inoltre,

[7] in conformità al Regolamento Isvap n°12 del 9 gennaio 2008.

informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Se l'Assicurato, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.
Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, in seguito ad Infortunio o Malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie.
L'équipe medica di cui la Centrale Operativa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua.
Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assicurato.

c) Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assicurato necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali questi può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.
Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2) INVIO DI UN MEDICO GENERICO A DOMICILIO O DI AMBULANZA

Se l'Assicurato necessiti di un medico dalle ore 20:00 alle ore 8:00 nei giorni feriali o nell'intero arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, potrà contattare la Centrale Operativa che, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati.
In caso di impossibilità da parte dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'interessato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

Il costo delle visite domiciliari attivate tramite Centrale Operativa sono a carico dell'Assicurato che dovrà versare il corrispettivo direttamente al medico.

3) INVIO MEDICINALI URGENTI AL DOMICILIO

Se l'Assicurato necessiti urgentemente di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di

salute certificati dal suo medico curante, la Centrale Operativa, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, provvede alla consegna dei medicinali prescritti.

Il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato.

4) PROLUNGAMENTO DI SOGGIORNO ALL'ESTERO

Se le condizioni di salute dell'Assicurato, certificate da prescrizione medica scritta, non gli permettono di intraprendere il viaggio di rientro in Italia dall'estero rispetto alla comprovata data predeterminata, la Centrale Operativa provvede all'eventuale prenotazione di un albergo per il prolungamento del soggiorno. Aviva terrà a proprio carico le spese per un pernottamento (camera e prima colazione) in un albergo di categoria massima 4 stelle.

È esclusa dalla garanzia qualsivoglia diversa ed ulteriore spesa.

5) RIENTRO ANTICIPATO DALL'ESTERO

La Centrale Operativa renderà disponibile a proprie spese un biglietto ferroviario di prima classe o aereo (viaggio in classe economica) all'Assicurato che debba rientrare dall'estero presso la propria residenza in Italia prima della data programmata, a causa della morte o di Ricovero ospedaliero, con imminente pericolo di vita di uno dei seguenti familiari: coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora, nonni.

Il rientro anticipato deve essere comprovato da idoneo documento che riporti la data di rientro preventivamente programmata; il decesso o il Ricovero del familiare devono essere rispettivamente comprovati da certificato di morte rilasciato dall'anagrafe e da documentazione medica rilasciata dalla Struttura Sanitaria presso cui è ricoverato il familiare.

Se l'Assicurato abbia dovuto, a causa del rientro anticipato, lasciare all'estero il proprio veicolo, la Centrale Operativa renderà disponibile un ulteriore biglietto ferroviario di prima classe o aereo (viaggio in classe economica) per recarsi a recuperare il veicolo stesso.

6) RIENTRO DEGLI ALTRI ASSICURATI

Se, successivamente alla prestazione "Rientro Anticipato dall'estero" (al precedente punto 5) le persone Assicurate che viaggiavano con l'Assicurato non fossero obiettivamente in grado di rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato, la Centrale Operativa fornirà loro un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica.

Aviva terrà a proprio carico i costi relativi ad un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica.

7) INVIO DI UN INFERMIERE PER ASSISTENZA DI UN FAMILIARE NON AUTOSUFFICIENTE

Se l'Assicurato convive da solo con un familiare non autosufficiente e deve ricoverarsi a seguito di Malattia o Infortunio, la Centrale Operativa provvederà ad inviare presso il domicilio dell'Assicurato un infermiere per assistere il familiare non autosufficiente.

Aviva terrà a proprio carico l'onorario fino a un massimo di 250,00 euro per Evento.

8) ASSISTENZA DI UN INTERPRETE ALL'ESTERO

Se l'Assicurato, trovandosi all'estero, venisse ricoverato in Istituto di Cura e avesse difficoltà a comunicare con i medici perché non conosce la lingua locale, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete sul posto.

Tale prestazione sarà fornita fino ad un massimo di 8 ore.

9) VIAGGIO DI UN FAMILIARE ALL'ESTERO E SPESE DI SOGGIORNO

In caso di Ricovero dell'Assicurato in Istituto di Cura per un periodo superiore a 10 giorni a seguito di Malattia o di Infortunio, Aviva provvederà al pagamento di un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno per un familiare residente in Italia ed alla copertura delle spese di soggiorno

Aviva terrà a proprio carico le spese fino a un limite massimo di 150,00 euro per Evento.

10) ACCOMPAGNAMENTO DEI MINORI

Se, a seguito di Infortunio, Malattia o causa di forza maggiore, l'Assicurato si trovasse all'estero nell'impossibilità di occuparsi dei figli minori di 15 anni coperti dalla presente copertura, Aviva fornirà con spese a suo carico, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica, di andata e ritorno, per permettere ad un familiare residente in Italia di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia.

Sono escluse dalla prestazione le spese di soggiorno del familiare accompagnatore.

11) COLLABORATRICE FAMILIARE

Se l'Assicurato è stato ricoverato in Istituto di Cura ed è temporaneamente invalido, pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, potrà contattare la Centrale Operativa che gli segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali.

Il costo relativo ai servizi resi dalla collaboratrice familiare resta a carico dell'Assicurato.

12) CONSULENZA PEDIATRICA

Quando l'Assicurato necessiti per i figli coperti di una consulenza telefonica pediatrica, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di pediatri con i quali questi può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

13) MONITORAGGIO REMOTO DEL PAZIENTE (RPM SERVICES)

La presente garanzia prevede un programma di monitoraggio dei pazienti che si apprestano ad affrontare un percorso operatorio e/o che abbiano subito un Ricovero, attraverso la fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali dell'Assicurato, che l'Assicurato potrà richiedere contattando la Centrale Operativa. La durata del programma è di 120 giorni **(Programma 1).**

I Parametri vitali monitorati nell'ambito del Programma 1 sono i seguenti:

- pressione Arteriosa / Cuore;
- ossigeno (02) e saturazione del sangue;
- peso corporeo.

La garanzia opera anche durante l'assistenza domiciliare in relazione a patologie croniche. In tal caso il programma ha la medesima durata della non autosufficienza o lungodegenza stessa **(Programma 2).**

Parametri vitali monitorati nell'ambito del Programma 2 sono i seguenti:

- pressione Arteriosa / Cuore;
- ossigeno (02) e saturazione del sangue;
- peso corporeo;
- cardiogramma elettronico (ECG) (Portable due ECG tramite dispositivo basato touch);
- temperatura corporea (ingresso manualmente);
- controllo glicemico (glicemia nei pazienti DM).

Entrambi i programmi prevedono:

- consegna ed installazione presso il domicilio dell'Assicurato di una serie di dispositivi tecnologici ai fini del completo monitoraggio dei parametri vitali;
- training al domicilio da parte di personale medico/infermieristico sull'utilizzo e la manutenzione dell'infrastruttura tecnologica;
- licenza software per l'utilizzo della piattaforma di RPM;
- servizio di trasferimento dati tramite gateway verso server dedicato presente sul territorio italiano;
- sistema di archiviazione sicura su server dei dati derivanti dal monitoraggio e servizio di disaster recovery;
- servizio di assistenza tecnica e tecnologica dedicato all'Assicurato tramite cali center;
- rilascio delle certificazioni relative alle attrezzature, alla trasmissione ed all'archiviazione dei dati di monitoraggio;

- ritiro e spedizione dalla residenza del paziente al centro più vicino dei dispositivi rilasciati ai fini della manutenzione e ricondizionamento degli stessi.

14) SECOND OPINION

L'Assicurato, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia ed all'estero, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica.

15) CONSEGNA ESITI AL DOMICILIO

Se l'Assicurato si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per ritirare gli esiti in quanto affetto da gravi motivi di salute certificati dal proprio medico di base e nessuno possa andare per lui, la Centrale Operativa, dopo aver ritirato presso l'Assicurato la documentazione eventualmente necessaria per il ritiro degli esiti, provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assicurato ed al medico da lui indicato.

Il costo degli accertamenti sostenuti resta a carico dell'Assicurato.

16) CARD ELETTRONICA (Aviva Salute)

E' messo a disposizione degli Assicurati un servizio di accesso a tariffe agevolate al network sanitario convenzionato per beneficiare dell'applicazione di tariffe convenzionate in caso di prestazioni non previste dal piano sanitario e/o di massimali esauriti.

Nel sito web www.aviva.it, alla sezione dedicata al prodotto "Aviva Salute Premium sarà visualizzabile l'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati, suddivisi per regioni e province aderenti al circuito card.

Tali informazioni potranno altresì essere reperite attraverso l'interlocuzione con la Centrale Operativa.

La Card elettronica è nominativa e scaricabile attraverso la APP Aviva Salute.

17) SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

E' a disposizione il servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione sullo stato di elaborazione della propria pratica attraverso l'invio di SMS sul proprio cellulare.

L'Assicurato dovrà semplicemente indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso; in questo modo, riceverà automaticamente a mezzo SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione.

A seguito dell'attivazione del servizio, l'Assicurato riceverà una notifica a seguito delle seguenti attività:

a) avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
b) avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
c) eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

Art. 43 - ESCLUSIONI

Aviva non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi che non sono stati prima autorizzati dalla Centrale Operativa, salvo i casi di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio di Aviva.
Aviva non assume la responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.

7. NORME IN CASO DI SINISTRO

Art. 44 - CENTRALE OPERATIVA

Per la gestione e la liquidazione dei sinistri, Aviva si avvale della seguente Centrale Operativa

Previmedical S.p.A., con sede in via Forlanini, 24 – 31022 – Preganziol (TV)
che risponde ai seguenti numeri:
dall'Italia: 800. 90.49.19 (numero verde)
dall'estero e da telefono cellulare: +39 0422.17.44.389

La Centrale Operativa è a disposizione degli Assicurati 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.
L'elenco delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati (Network) è disponibile nell'area dedicata al Network del sito www.previmedical.it, dove viene aggiornato in tempo reale.
L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è inoltre pubblicato sul sito www.aviva.it, alla sezione dedicata al prodotto "Aviva Salute Premium".

Art. 45 - RESPONSABILITÀ

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che Aviva e la Centrale Operativa non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dal Network sanitario convenzionato.
Pertanto il Contraente e gli Assicurati prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture sanitarie (Istituti di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori e Studi odontoiatrici) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

Art. 46 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro l'Assicurato, o i suoi aventi diritto, deve darne avviso scritto alla Centrale Operativa oppure ad Aviva non appena ne abbiano avuto conoscenza e, comunque, non oltre il trentesimo giorno da quanto ne abbiano avuto possibilità[8].
L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo[9].
L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) ed è stato in questo preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.
Se l'Assicurato riceva rimborso da parte di altre Imprese di Assicurazione, Casse, Fondi Integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, è necessario l'invio della documentazione

[8] A parziale deroga dell'art. 1913 Codice Civile
[9] Articolo 1915 Codice Civile

di liquidazione di tali enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.
Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati da Aviva e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.
L'accertamento potrà essere disposto entro un termine minimo di 48 ore dalla denuncia del Sinistro e comunque entro un termine massimo di sei mesi.

Sebbene l'Assicurato possa inviare la documentazione medica e fiscale del Sinistro in fotocopia, Aviva si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture che della documentazione medica.

Ai fini della valutazione del rimborso di tutte le prestazioni coperte dalla presente Polizza, erogate sia in regime di assistenza diretta sia che in regime di assistenza rimborsuale, Aviva si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica, esiti di esami strumentali o ogni altra documentazione utile alla corretta valutazione del Sinistro, stato di famiglia del Contraente oppure qualsiasi altra documentazione atta a comprovare l'effettiva composizione del Nucleo familiare.

Art. 47 - MORTE SOPRAVVENUTA DELL'ASSICURATO
Nel caso in cui, durante il periodo il periodo di validità della presente Polizza, sopravvenga il decesso dell'Assicurato, i suoi eredi devono darne immediatamente avviso ad Aviva e gli adempimenti di cui all'art. 46 – Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto per richiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.
In tale eventualità, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- **certificato di morte dell'Assicurato;**
- **copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà** che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- **in assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata)** resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento, nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;

- **eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare** con il quale si autorizza Aviva alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinata ai beneficiari minorenni/incapaci di agire;
- **fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede**;
- **dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri** presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura come normato all'interno della presente Polizza.

Art. 48 - PAGAMENTI

Tutti i pagamenti nei confronti dell'Assicurato vengono effettuati a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, anche per l'indennità giornaliera relativa a ricoveri sostenuti all'estero, entro 20 giorni di calendario dalla ricezione della richiesta di rimborso completa di tutta la documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.
Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni effettuate nell'ambito del Sistema Europeo di Banche Centrali (SEBC).

Il pagamento di eventuali imposte, ivi compresa quella di bollo, dovute per le prestazioni oggetto della presente Polizza, rimane ad esclusivo carico dell'Assicurato; non sono dovute da Aviva le spese sostenute dall'Assicurato per eventuali oneri amministrativi di qualsivoglia natura (ad es. le spese per il rilascio di copia della Cartella Clinica).
Restano a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute ai sensi di quanto disciplinato nella presente Polizza.

La Centrale Operativa effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di copertura secondo le condizioni della convenzione stipulata con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

Art. 49 - LIMITI TERRITORIALI E LIQUIDAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE ALL'ESTERO

L'Assicurazione è valida per il Mondo Intero.
Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, con moneta in corso in Italia, al cambio medio - ricavato dalle quotazioni effettuate nell'ambito del Sistema Europeo di Banche Centrali (SEBC) - della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Art. 50 - OPERATIVITÀ SECONDO RISCHIO

Se, al momento del Sinistro, l'Assicurato ha in corso un'altra copertura per le medesime garanzie prestata da altra Impresa di Assicurazione, il presente contratto opera a Secondo Rischio rispetto a tale copertura, applicando le proprie condizioni, inclusive di scoperti, limiti e franchigie, alla parte di danno residua.

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi Integrativi del Servizio Sanitario Nazionale.

ESEMPIO
Assicurato con pacchetto Care Base
Prestazione effettuata: Risonanza Magnetica in struttura privata (per noi rientrante in Alta Diagnostica)
Spesa effettuata: 400,00 euro

1° ipotesi - prestazione garantita da altra copertura
Ammontare rimborsato da altra copertura (operante a Primo Rischio): 200,00 euro
Ammontare residuo di cui richiedere rimborso ad Aviva: 200,00 euro
Ammontare liquidabile dalla presente copertura: 200,00 euro – 70,00 euro (pari allo Scoperto 35%) = 130,00 euro.

2° ipotesi - prestazione non garantita da altra copertura
Ammontare liquidabile dalla presente copertura: 400,00 euro – 140,00 euro (pari allo Scoperto 35%) = 260,00 euro.

Art. 51 - MODALITÀ D'INDENNIZZO - IN NETWORK (REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA) E FUORI NETWORK (REGIME DI ASSISTENZA RIMBORSUALE)
Il presente contratto, a seconda della garanzia, prevede diverse Modalità d'Indennizzo:

1. **Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate e di medici convenzionati – In Network (Regime di assistenza diretta)**
   Se l'Assicurato ritenga di avvalersi di strutture sanitarie convenzionate e di medici convenzionati facenti parte del Network di Previmedical, attivandosi preventivamente con la Centrale Operativa nelle forme e nei modi indicati nell'art 49 - Modalità d'Indennizzo in Network – operatività e criteri di liquidazione, Aviva paga direttamente alla Struttura Sanitaria convenzionata le spese rimborsabili a termini di contratto.
   Per le prestazioni extra-Ricovero è necessario verificare in anticipo la possibilità di eseguirle In Network contattando telefonicamente la Centrale Operativa.
2. **Utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati – Fuori Network – (Regime di assistenza rimborsuale)**
   Se l'Assicurato ritenga di avvalersi di strutture sanitarie e medici non convenzionati, Aviva rimborsa all'Assicurato le spese rimborsabili a termini di contratto.

Si precisa inoltre che:

- **se l'Assicurato intenda utilizzare una struttura convenzionata e/o un medico convenzionato ha sempre l'obbligo di accedervi in regime di assistenza diretta**;

- le prestazioni erogate in Intramoenia sono considerate prestazioni private, ancorché eseguite in strutture pubbliche;
- tutte le prestazioni sanitarie o cicli di cura/terapie iniziate in un determinato esercizio saranno imputate, fino a concorrenza, al Massimale previsto per ciascuna garanzia in tale periodo di copertura, dal momento che la patologia oggetto di copertura ed il conseguente trattamento (i.e. Sinistro) si sono verificati in tale esercizio. L'eventuale quota di spesa non assorbibile all'interno del Massimale annuo rimarrà a carico dell'Assicurato;
- gli eventuali limiti di spesa derivanti da franchigie o scoperti applicati alle spese pre e post di un Ricovero/Day Hospital sono quelli previsti dalla garanzia Ricovero, diversificati a seconda del regime di accesso alla prestazione prescelto (In Network o Fuori Network). Si terrà in ogni caso conto del calcolo di eventuali scoperti o franchigie già applicati sulle spese sostenute durante il Ricovero /Day Hospital;
- se l'Assicurato ritenga di avvalersi di strutture sanitarie convenzionati e di medici NON convenzionati, Aviva non provvede al pagamento in Forma Diretta ma rimborsa all'Assicurato le spese rimborsabili a termini di contratto;
- se l'Assicurato ritenga di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, Aviva rimborsa all'Assicurato le spese rimborsabili secondo quanto previsto nelle Modalità d'Indennizzo Fuori Network;
- se l'Assicurato acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione non potrà essere liquidata in regime di assistenza diretta né presentata a rimborso.

Art. 52 - MODALITÀ D'INDENNIZZO IN NETWORK - OPERATIVITA' E CRITERI DI LIQUIDAZIONE

a) Prima della prestazione

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta o mista, l'Assicurato dovrà preventivamente richiedere l'emissione del VoucherSalute®alla Centrale Operativa.

La Centrale Operativa, se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assistitiva della richiesta avanzata, rilascia all'Assicurato il VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa necessaria. Se vengano richieste integrazioni alla documentazione sanitaria, il termine di 7 giorni viene quindi a decorrere dal giorno di ricezione della documentazione completa.

Il rilascio del VoucherSalute® può essere richiesto attraverso:

- **app mobile "Aviva Salute";**
- **portale web "Servizi Aviva Salute" accessibile tramite l'Area Clienti del sito www.aviva.it ;**
- **numeri telefonici dedicati: 800.90.49.19 da telefono fisso (numero verde); +39 0422.17.44.389 da telefono cellulare e per chiamate dall'estero.**

L'Assicurato dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- **cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;**
- **recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;**
- **prestazione da effettuare.**

L'Assicurato potrà ricercare la Struttura Sanitaria convenzionata presso cui effettuare la prestazione tramite accesso alla propria area riservata o alla app mobile, nonché attraverso l'interlocuzione telefonica con la Centrale Operativa.

Compatibilmente con le disponibilità territoriali, saranno individuate fino a 3 strutture convenzionate alternative in grado di garantire l'impegno all'effettuazione della prestazione entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute®.

L'Assicurato confermerà una delle strutture convenzionate proposte, ovvero potrà individuarne una diversa; in quest'ultimo caso non è garantita da parte della Centrale Operativa l'esecuzione della prestazione entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute®.

L'Assicurato dovrà trasmettere alla Centrale Operativa, ove richiesto, la seguente documentazione:

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, contenente il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata. Non è richiesta la prescrizione per le prestazioni di prevenzione (sanitaria ed odontoiatrica).
  La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che effettuerà (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, se il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.
  È richiesta necessariamente la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche.
  Per le prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero, la Centrale Operativa potrà ritenere sufficiente la sola lettura della prescrizione, non richiedendo anche la trasmissione della stessa in tale fase.
- **copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di follow-up**;
- **in caso di Infortunio:**
  1) **il referto del Pronto Soccorso**, in quanto l'Infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile;
  2) **in caso di cure dentarie da Infortunio** le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'Infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (**referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie**).
- **se l'Evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo ed il recapito del terzo responsabile. In caso di incidente stradale - in**

concomitanza con la prima richiesta di rilascio del VoucherSalute®, avente ad oggetto prestazioni sanitarie resesi necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assicurato è tenuto a trasmettere anche il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il modulo CAI ("Constatazione Amichevole d'Incidente").

Si precisa che, anche per le **prestazioni odontoiatriche, l'Assicurato dovrà di volta in volta richiedere singolarmente l'emissione del VoucherSalute® per ogni prestazione che deve eseguire e che non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano direttamente dagli Studi Odontoiatrici.**

Il VoucherSalute®, se la Centrale Operativa abbia concluso positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assistitiva della richiesta avanzata, è trasmesso all'Assicurato a mezzo e-mail o sms e contestualmente anche alla struttura convenzionata individuata.
L'Assicurato dovrà indicare all'atto della richiesta della prestazione sanitaria la modalità di ricezione tra sms o e-mail del VoucherSalute® ed, eventualmente, fare una stampa del VoucherSalute® al momento di accesso alla Struttura Sanitaria.

In seguito alla scadenza del VoucherSalute®, l'Assicurato potrà richiederne la ri-emissione immediata entro un massimo di 7 giorni di calendario dal giorno della scadenza tramite la propria Area Riservata o l'App Mobile senza necessità di allegare nuovamente la documentazione già trasmessa. Diversamente, trascorsi i predetti 7 giorni dalla scadenza del VoucherSalute®, l'Assicurato dovrà richiedere l'emissione di un nuovo VoucherSalute®, riallegando integralmente la documentazione necessaria.

Il VoucherSalute® sarà rinnovabile a partire dal 20mo (ventesimo) giorno dalla sua emissione per un numero massimo di ulteriori due volte, quindi con una finestra complessiva di validità di 90 giorni, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per cessazione della copertura.

Il VoucherSalute® non potrà essere annullato dall'Assicurato. Se l'Assicurato abbia, per motivi eccezionali, la necessità di farlo dovrà contattare direttamente la Centrale Operativa.
In sede di accesso presso la Struttura Sanitaria convenzionata, l'Assicurato, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire il VoucherSalute® ricevuto dalla Centrale Operativa e consegnare la prescrizione medica ove prevista.
L'Assicurato deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico medici del caso, del nuovo VoucherSalute®.

La deroga alla necessaria preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per l'attivazione del regime di assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture

sanitarie convenzionate è prevista per i soli casi di emergenza di cui al successivo par. b).

Restano a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute ai sensi di quanto disciplinato nella presente Polizza.

b) Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria (solo per Ricovero)
Esclusivamente per la garanzia Ricovero, in ipotesi di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assicurato potrà richiedere il rilascio del VoucherSalute® entro i 5 giorni successivi dall'inizio del Ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata se fosse passato un minor numero di giorni.
Dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere alla Struttura Sanitaria presso cui l'Assicurato è ricoverato apposito modulo. La Struttura Sanitaria dovrà compilare tale modulo e ritrasmetterne copia alla Centrale Operativa.

Resta inteso che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa; a tale valutazione rimane subordinata l'attivazione della procedura d'urgenza.
La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente a ricoveri erogati in regime di assistenza diretta all'estero, per i quali l'Assicurato sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

c) La prenotazione
Ottenuto il VoucherSalute®, l'Assicurato prenoterà personalmente la prestazione contattando direttamente la Struttura Convenzionata.
L'Assicurato non può fissare l'appuntamento con la struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute®; eventuali disservizi che dovessero derivare da una diversa modalità di contatto con la Struttura Convenzionata produrranno il mancato rilascio del VoucherSalute® che comporterà la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di assistenza diretta.
La Struttura Sanitaria utilizzando la piattaforma informatica messa a disposizione avrà visibilità del VoucherSalute® emesso, in modo da poterlo verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento, confermando, altresì, alla Centrale Operativa la data di esecuzione della prestazione.
Nel caso in cui il VoucherSalute® fosse scaduto, l'Assicurato dovrà richiederne immediatamente la ri-emissione tramite la propria Area Riservata o App mobile, entro i termini indicati nel precedente paragrafo.

d) Dopo l'esecuzione della prestazione
A prestazione avvenuta, l'Assicurato dovrà controfirmare la documentazione sottopostagli dalla Struttura Sanitaria convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni escluse dalla

copertura), nonché, in caso di Ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (ad esempio telefono, televisione, bar, Cartella Clinica, diritti amministrativi, ecc.).

Art. 53 - MODALITA' D'INDENNIZZO FUORI NETWORK. OPERATIVITA' E CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Aviva effettua, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, il pagamento di quanto previsto dal Pacchetto prescelto, **dietro presentazione, unitamente al modulo di richiesta di rimborso**, rinvenibile sul sito www.aviva.it alla sezione dedicata al prodotto "Aviva Salute Premium", in fotocopia della seguente documentazione:

a) **notule, distinte e ricevute, emesse da Istituto di Cura o da Centro Medico, debitamente quietanzate e valide ai fini fiscali. La fattura emesse da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà essere coerente con la diagnosi**;
b) **Cartella Clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital con o senza Intervento Chirurgico**;
c) **prescrizione medica (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle Ospedaliere. E' richiesta necessariamente la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche**;
d) **dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale**;
e) **certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista regolarmente abilitato, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti correttive della vista. Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da d.lgs 24.02.97 n. 46**;
f) **le richieste di rimborso per cure dentarie dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso**;
g) **copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.)**;
h) in caso di **Trattamenti fisioterapici**:
   - **prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata**;
   - **indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione**.

   Le richieste di rimborso per Trattamenti fisioterapici dovranno essere presentate al termine della cura.

i) in caso di **Infortunio**:

- **il referto del Pronto Soccorso**, in quanto l'Infortunio dovrà essere oggettivamente documentato. In caso di **cure dentarie da Infortunio** le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'Infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (**referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie**);
- **se l'Evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo ed il recapito del terzo responsabile. In caso di incidente stradale – in concomitanza con la prima richiesta di rimborso avente ad oggetto prestazioni sanitarie resesi necessarie in conseguenza dello stesso – l'Assicurato è tenuto a trasmettere ad Aviva anche il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CAI (Constatazione Amichevole di Incidente)**.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato e il rimborso avviene in favore dell'Assicurato titolare della copertura.

Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni oggetto di copertura devono essere prescritte da un medico diverso che effettuerà – direttamente o indirettamente – le predette prestazioni.
Se il medico prescrittore sia anche – direttamente o indirettamente – il medico erogatore delle prestazioni oggetto di copertura, quest'ultime devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

Le prestazioni devono essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere), corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

Ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, Aviva avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il modulo di richiesta rimborso ed i relativi allegati dovranno essere trasmessi al seguente indirizzo: Previmedical S.p. A, Via Enrico Forlanini 24, cap. 31022 Preganziol. In via alternativa, l'Assicurato potrà trasmettere on line la propria richiesta di rimborso, unitamente alla relativa documentazione giustificativa medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere al portale web "Servizi Aviva Salute", tramite l'Area Riservata del sito www.aviva.it oppure attraverso la app Aviva Salute. La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che Aviva considera giuridicamente equivalente all'originale ai fini dell'applicazione della presente copertura.

ART. 54 - MODALITÀ OPERATIVE SINISTRI PER LA GARANZIA DI NON AUTOSUFFICIENZA

Premessa

La copertura opera per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta al punto "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza") derivanti da Infortunio sul lavoro o Malattia/Intervento Chirurgico (tutti detti "causa"), che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari a 10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana (ADL), tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni (data di perfezionamento dell'Evento).

La somma garantita sarà erogabile a partire dalla data di perfezionamento dell'Evento previa verifica da parte di Aviva, della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza e dovranno essere attivate dall'Assicurato per il quale sia stata riconosciuta la garanzia con le modalità descritte nel successivo paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza".

Detta verifica dovrà essere svolta nel più breve tempo possibile e dovrà esaurirsi nell'arco di 45 giorni dalla data di ricezione da parte di Aviva della predetta documentazione completa. Conclusa la verifica Aviva provvederà a comunicarne all'Assicurato l'esito, che potrà consistere nella segnalazione di riconoscimento della garanzia e del punteggio approvato per lo stato di non autosufficienza (10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana, ovvero ADL), di diniego della garanzia o di sospensione della valutazione se risulti necessario integrare la documentazione trasmessa.

Detta comunicazione dovrà avvenire nel termine sopra indicato a mezzo sms o e-mail; diversamente entro il termine indicato Aviva dovrà provvedere a spedire la lettera contenente l'esito della verifica effettuata.

L'Assicurato è obbligatoriamente tenuto a comunicare tempestivamente ad Aviva ogni significativo cambiamento del proprio stato di non autosufficienza, così da permetterne la rivalutazione ai fini dell'erogazione della somma. Anche a tal fine, Aviva potrà richiedere all'Assicurato la trasmissione entro 30 (trenta) giorni della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura.

In alternativa, Aviva potrà inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario per l'effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica, Aviva provvederà in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata a confermare il punteggio assegnato precedentemente allo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute.

Termini e modalità di effettuazione della verifica del permanere dello stato di non autosufficienza e di comunicazione degli esiti all'Assicurato sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell'erogabilità della garanzia.

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assicurato rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita

quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione.
La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica redatta dallo stesso medico curante sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito da Aviva sul sito www.aviva.it, alla sezione dedicata al prodotto "Aviva Salute Premium", e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Capacità di farsi il bagno:
1° grado: l'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio O
2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5
3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

Capacità di vestirsi e svestirsi:
1° grado: l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio O
2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5
3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

Capacità di curare l'igiene del corpo:
1° grado: l'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):
(1) andare al bagno
(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi
(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno: punteggio O
2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5
3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività 1), (2) e (3): punteggio 10

Capacità di assicurare la propria mobilità:
1° grado: l'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio O
2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

Capacità di continenza:
1° grado: l'Assicurato è completamente continente: punteggio O
2° grado: l'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5
3° grado: l'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

Capacità di bere e mangiare:
1° grado: l'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio O
2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:
- sminuzzare/tagliare il cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5
3° grado: l'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10.

In ogni caso Aviva si riserva di sottoporre l'Assicurato a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assicurato stesso.
Aviva si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

Art. 55 - CONTROVERSIE / ARBITRATO

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

8. ALLEGATO I - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (GIC)

CHIRURGIA GENERALE

COLLO

Tiroidectomia totale per neoplasie maligne senza o con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale;
Resezioni e plastiche tracheali;
Faringo-laringo-esofagectomia totale con faringoplastica per carcinoma dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale.

ESOFAGO

Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale;
Resezione di diverticoli dell'esofago toracico con o senza miotomia;
Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale;
Esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toraco-laparotomica o toraco-laparo-cervicotomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia;
Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica;
Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia;
Esofagectomia per via toracoscopica;
Interventi per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago;
Miotomia esofago-cardiale extramucosa e plastica antireflusso per via tradizionale o laparoscopica per acalasia cardiale;
Enucleazione di leiomiomi dell'esofago toracico per via tradizionale o toracoscopica;
Deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee.

TORACE

Mastectomia radicale con dissezione ascellare e/o sopraclaveare e/o mediastinica;
Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino;
Timectomia per via toracica o toracoscopica;
Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie;
Pleurectomie e pleuropneumonectomie;
Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica;
Resezioni bronchiali con reimpianto;
Trattamento chirurgico di fistole post chirurgiche;
Toracoplastica: I e II tempo;
Exeresi per tumori delle coste o dello sterno.

PERITONEO

Intervento di asportazione di tumori retroperitoneali.

STOMACO - DUODENO — INTESTINO TENUE
Intervento di plastica antireflusso per ernia iatale per via laparoscopica;
Gastrectomia totale con linfoadenectomia;
Interventi di reconversione per dumping syndrome;
Gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias;
Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias;
Resezione intestinale per via laparoscopica.

COLON - RETTO
Emicolectomia destra e linfadenectomia per via laparoscopica;
Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia;
Resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia tradizionale o per via laparoscopica;
Resezione rettocolica con anastomosi colo-anale per via tradizionale o laparoscopica;
Proctocolectomia con anastomosi ileo-anale e reservoir ileale per via tradizionale o laparoscopica;
Amputazione del retto per via addomino-perineale;
Microchirurgia endoscopica transanale;
Ricostruzione sfinteriale con gracileplastica.

FEGATO E VIE BILIARI
Resezioni epatiche maggiori e minori;
Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare principale;
Colecistectomia laparoscopica con approccio operatorio sul coledoco con colangiografia intraoperatoria;
Anastomosi bilio-digestive;
Reinterventi sulle vie biliari;
Chirurgia dell'ipertensione portale
interventi di derivazione
- anastomosi porto-cava;
- anastomosi spleno-renale;
- anastomosi mesenterico-cava;

interventi di devascolarizzazione
- legatura delle varici per via toracica e/o addominale;
- transezione esofagea per via toracica;
- transezione esofagea per via addominale;
- deconnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale;
- transezione esofagea con devascolarizzazione paraesofago-gastrica.

PANCREAS — MILZA - SURRENE
Duodenocefalo-pancreatectomia con o senza linfadenectomia;
Pancreatectomia totale con o senza linfadenectomia;
Derivazioni pancreato-Wirsung digestive;
Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas.

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Condilectomia monolaterale e bilaterale con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare;
Terapia chirurgica delle fratture del mascellare superiore (orbito-zigomatiche comprese);
Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale;
Trattamento chirurgico semplice o combinato delle anomalie della mandibola e del mascellare superiore;
Resezione del mascellare superiore per neoplasia;
Resezione della mandibola per neoplasia;
Ricostruzione della mandibola con innesti ossei;
Ricostruzione della mandibola con materiale allo plastico.

CARDIOCHIRURGIA

Ablazione transcatetere;
Angioplastica coronarica;
By-pass aorto-coronarico;
Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni grossi vasi non escluse dalla garanzia;
Commissurotomia per stenosi mitralica;
Interventi per corpi estranei o tumori cardiaci;
Pericardiectomía totale;
Resezione cardiaca;
Sostituzione valvolare con protesi;
Sutura del cuore per ferite;
Valvuloplastica.

NEUROCHIRURGIA

Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali;
Craniotomia per malformazioni vascolari non escluse dalla garanzia;
Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo;
Craniotomia per ematoma intracerebrale da rottura di Malformazione vascolare non esclusa dalla garanzia;
Trattamento endovascolare di malformazioni aneurismatiche o artero venose non escluse dalla garanzia;
Microdecompressioni vascolari per: nevralgie trigeminali, emispasmo facciale, ipertensione arteriosa essenziale;
Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali;
Craniotomia per neoplasie endoventricolari;
Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria;
Biopsia cerebrale per via stereotassica;
Asportazione di tumori orbitali per via endocranica;
Derivazione ventricolare interna ed esterna;
Craniotomia per ascesso cerebrale;
Intervento per epilessia focale;

Cranioplastiche ricostruttive;
Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali;
Interventi per ernia discale toracica;
Interventi per ernia discale lombare;
Laminectomia decompressiva ed esplorativa;
Trattamento endovasale delle malformazioni vascolari midollari;
Intervento Chirurgico per neoplasie dei nervi periferici.

CHIRURGIA VASCOLARE
Interventi sull'aorta toracica e/o addominale;
Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali);
Interventi sull'arteria succlavia, vertebrale o carotide extracranica (monolaterali);
Interventi sulle arterie viscerali o renali;
Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore (monolaterali);
Interventi di rivascolarizzazione extra-anatomici;
Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta;
Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo;
Reinterventi per ostruzione di TEA o by-pass;
Intervento per fistola aorto-enterica;
Interventi sulla vena cava superiore o inferiore;
Trombectomia venosa iliaco-femorale (monolaterale);
Trattamento dell'elefantiasi degli arti.

CHIRURGIA PEDIATRICA
Trattamento dell'atresia dell'esofago;
Trattamento di stenosi tracheali;
Trattamento di ernie diaframmatiche;
Trattamento delle atresie delle vie biliari;
Intervento per megacolon;
Intervento per atresia anale;
Intervento per megauretere.

CHIRURGIA ORTOPEDICA
Artrodesi grandi segmenti;
Artrodesi vertebrale per via anteriore;
Artroprotesi totale di ginocchio;
Artroprotesi di spalla;
Artroprotesi di anca parziale e totale;
Disarticolazione interscapolo toracica;
Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino;
Emipelvectomia;
Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi;
Osteosìntesi vertebrale;
Trattamento cruento dei tumori ossei.

CHIRURGIA UROLOGICA
Nefrolitotrissia percutanea (PVL);
Litotrissia extracorporea;
Nefrectomia polare;
Nefrectomia allargata;
Nefroureterectomia;
Derivazione urinaria con interposizione intestinale;
Estrofia vescicale e derivazione;
Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica;
Fistola vescico-vaginale, uretero-vescico-vaginale, vagino-intestinale;
Plastica antireflusso bilaterale e monolaterale;
Enterocistoplastica di allargamento;
Orchiectomia con linfoadenectomia pelvica e/o lombo aortica;
Prostatectomia radicale con linfadenectomía;
Plastiche per incontinenza femminile;
Resezione uretrale e uretrorrafia;
Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale.

CHIRURGIA GINECOLOGICA
Vulvectomia allargata con linfadenectomia;
Creazione di vagina artificiale;
Exenteratio pelvica;
Isterectomia radicale per via addominale con o senza linfadenectomia;
Isterectomia radicale per via vaginale;
Interventi sulle tube in microchirurgia;
Laparotomia per ferite o rotture uterine;
Isterectomia per via laparoscopica.

CHIRURGIA OCULISTICA
Vitrectomia anteriore e posteriore;
Trapianto corneale a tutto spessore;
Iridocicloretrazione;
Trabeculectomia;
Cerchiaggio per distacco di retina.

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA
Parotidectomia con conservazione del facciale;
Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento;
Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare;
Asportazione tumori parafaringei;
Svuotamento funzionale o demolitivo del collo;
Chirurgia dell'otite colesteatomatosa;
Neurectomia vestibolare;

Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico;
Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico;
Exeresi di paraganglioma timpano-giugulare;
Petrosectomia;
Laringectomia sopraglottica o subtotale;
Laringectomie parziali verticali;
Laringectomia e faringolaringectomia totale;
Exeresi fibrangioma rinofaringeo;
Resezioni del massiccio facciale per neoformazioni maligne.

9. ALLEGATO II – GRAVI EVENTI MORBOSI (GEM)

INFARTO DEL MIOCARDIO

Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.

La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri:

a) ripetuti dolori al torace;

b) cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto;

c) aumento degli enzimi cardiaci.

CORONAROPATIA

Malattia determinata dal restringimento o dal blocco di due o più arterie coronariche quando sia risolvibile con tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione.

La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia.

ICTUS CEREBRALE

Accidente cerebro-vascolare avente ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implica morte di tessuto cerebrale, emorragia ed embolia da fonte estranea al cranio.

La diagnosi deve essere basata e dimostrata da: deficienza neurologica permanente, T.A.C., o R.M.N. (risonanza magnetica nucleare) ed E.E.G. (elettroencefalogramma).

CANCRO

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti, inclusa la leucemia.

Sono esclusi:

1) leucemia linfatica cronica;
2) cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ);
3) tumori dovuti alla presenza del virus di immunodeficienza (A.I.D.S.);
4) cancro della pelle che non sia il melanoma maligno.

La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera.

10. ALLEGATO III – TARIFFARIO CURE ODONTOIATRICHE FUORI NETWORK

Premessa

Il presente Tariffario Odontoiatrico è suddiviso in otto macro-aree:

A. IGIENE E VISITA
B. PARTE GENERALE – PARODONTOLOGIA
C. CONSERVATIVA – ENDODONZIA
D. GNATOLOGIA
E. IMPLANTOLOGIA
F. CHIRURGIA
G. PROTESI FISSA – PROTESI MOBILE – PROTESI COMBINATA
H. ORTODONZIA

I vincoli tecnici e limiti temporali di cui al presente Tariffario stabiliscono le modalità e il numero di prestazioni di Cure Odontoiatriche di cui è possibile ottenere il rimborso mediante la Modalità d'Indennizzo Fuori Network.
I vincoli e limiti delle prestazioni di cui al presente Tariffario si applicano in ogni caso per persona
I limiti temporali non si applicano in caso di Infortunio comprovato da certificato del Pronto Soccorso.

Se si rendessero necessarie ulteriori prestazioni rispetto a quelle previste, esse dovranno essere fatturate applicando la tariffa di volta in volta indicata e saranno a carico dell'Assicurato.

La visita odontoiatrica con formula dentale e piano di trattamento si intende a carico del singolo Assicurato se non diversamente disposto.

Tutte le prestazioni comprendono la manodopera.

Nel trattamento ortodontico fisso e mobile (prestazioni 44 e 45) sono compresi i relativi controlli.

Tutte le immagini radiografiche, eseguite su indicazione del medico specialista esclusivamente per motivi di natura clinica, prima, durante e dopo le cure, possono essere richieste a comprova delle cure medesime. Ove richieste, le fotografie digitali devono riportare la data, il codice fiscale dell'Assicurato e la firma dell'odontoiatra.

La visita odontoiatrica (codice 02) è tariffata solamente se abbinata alla prestazione 07 e 08, ed eseguita nell'ambito di un programma di prevenzione periodico di igiene e profilassi. Se eseguita nell'ambito di un piano di cure si intende compresa nel medesimo.

TARIFFARIO ODONTOIATRICO

A – IGIENE E VISITA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00	Vedi Premessa	Una sola volta ogni 12 mesi
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino a 13 anni di età	Una sola volta ogni 12 mesi
08	Ablazione del tartaro	50,00		Una sola volta ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	Una sola volta per tutta la durata della copertura assicurativa

B – PARTE GENERALE - PARODONTOLOGIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00	Vedi Premessa	Una sola volta ogni 12 mesi
03	RX endorale (per due elementi)	16,00		
04	Fotografia digitale endorale	8,00	Solo ove richiesta	In numero massimo di 2 (prima e dopo)
05	Ortopantomografia	35,00		
06	Teleradiografia	60,00		Una sola volta per tutta la durata della copertura assicurativa

10	Levigatura e Courettage gengivale (per 4 elementi)	40,00	Esclude il codice 08	Una volta ogni 12 mesi
12	Chirurgia muco-gengivale incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	150,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 49	Una volta ogni 12 mesi
49	Chirurgia ossea resettiva incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	250,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 12	1 ogni 5 anni
13	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo)	260,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	Una sola volta per tutta la durata della copertura assicurativa
47	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo) con membrana (per emiarcata)	350,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	Una sola volta per tutta la durata della copertura assicurativa

C – CONSERVATIVA - ENDODONZIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla	90,00	Compreso eventuale incappucciam	Ogni 24 mesi sullo stesso elemento

	classe o da più classi sullo stesso dente		ento della polpa	
20	Intarsi in LP o LNP o ceramica – Inlay e Onlay per elemento	350,00		Ogni 5 anni
62	Terapia endodontica ad un canale	130,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da RX	
51	Ritrattamento endodontico un canale	150,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da RX	
63	Terapia endodontica a due canali	170,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da RX	
52	Ritrattamento endodontico a due canali	200,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da RX	
64	Terapia endodontica a tre o quattro canali	220,00	Compresa otturazione dei canali,	

			ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da RX	
53	Ritrattamento endodontico a tre o quattro canali	250,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da RX	
54	Perno endocanalare prefabbricato in grafite o zirconio per ricostruzione coronale	50,00	1 solo perno per elemento, indipendentemente dal numero delle radici. Comprovate da RX.	

D – GNATOLOGIA

Codice	**Tipo di prestazione**	**Tariffa (€)**	**Vincoli tecnici sulle prestazioni**	**Limiti temporali alle prestazioni**
40	Placca occlusale o bite	400,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ripetibile dopo 12 mesi solo se necessità comprovata da invio modelli
41	Molaggio selettivo per arcata	60,00	Indipendentemente dal numero di sedute	Una sola volta per tutta la durata della

				copertura assicurativa
42	Esame elettromiografico e/o kitesiografico	300,00	Da allegare alla fattura	Una sola volta per tutta la durata della copertura assicurativa

E - IMPLANTOLOGIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
27	Impianto osteointegrato per elemento	800,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale RX post-impianto possono essere richiesti per verifica. Compresa eventuale DIMA	Una sola volta per tutta la durata della copertura assicurativa
55	Mini impianti compresi attacchi di precisione per elemento	500,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale RX post-impianto possono essere richiesti per verifica	Una sola volta per tutta la durata della copertura assicurativa
56	Pilastro (abutment) o moncone o attacco per protesi rimovibili – per singolo impianto	350,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale RX post-impianto possono essere	Una sola volta per tutta la durata della copertura assicurativa

			richiesti per verifica	
57	Rialzo del pavimento del seno mascellare	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Esclude codici 13 e 47 su arcata superiore	Una sola volta per tutta la durata della copertura assicurativa
58	Distrazione osteo-alveolare per emiarcata	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Esclude codici 13 e 47 su arcata superiore	Una sola volta per tutta la durata della copertura assicurativa

F – CHIRURGIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
14	Estrazione di dente o radice	80,00		
50	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali	175,00	Comprovata da RX	
15	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	350,00	Comprovata da RX	
16	Apicectomia (esclusa terapia	300,00	Comprovata da RX	

	canalare) e relative endorali			
17	Rizotomia e relative endorali	120,00	Comprovata da RX	
48	Rizectomia – per elemento	130,00	Comprovata da RX	
18	Interventi di piccola chirurgia orale (frenulectomia – incisione di ascesso – asportazione di epulide o cisti mucose – opercolotomia – intervento chirurgico preprotesico) e relative endorali	120,00	Comprovata da RX o foto digitale endorale	

G – PROTESI FISSA – PROTESI MOBILE – PROTESI COMBINATA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
28	Corona provvisoria fissa in resina dura – per elemento	50,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
59	Corona provvisoria armata – per elemento	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
29	Perno endocanalare fuso, su misura, qualsiasi materiale – per elemento	250,00	Compresa ev. cappetta. Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
30	Corona o elemento in oro-resina, LNP e composito o ceramica, compreso	450,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento

	eventuale fresaggio – per elemento			
31	Corona o faccette ceramica integrale (LP, GLVANICA, ZIRCONIO, TITANIO) per elemento	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
32	Attacco di precisione	200,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
33	Rifacimento in ceramica su sustruttura di elemento fisso	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
34	Protesi mobile parziale provvisoria in resina di un elemento compresi i ganci	150.00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
35	Per ogni elemento in più	60,00	Solo correlata a 34. Fino ad un massimo di 5 elementi. Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
60	Protesi totale immediata per arcata (provvisoria)	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni
36	Protesi mobile totale in resina per arcata (definitiva)	900,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni
37	Scheletrato in Cro-Co-Mo o qualsiasi altro materiale	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni
38	Per ogni elemento in più	70,00	Solo correlata a codice 37. Richiesta	Ogni 5 anni

			certificazione del laboratorio	
39	Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	150,00		Ogni 3 anni
61	Ribasamento protesi mobile o rimovibile (diretto o indiretto)	250,00		Ogni 5 anni

H – ORTODONZIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
43	Rilievo impronte e studio dei modelli del caso su articolatore, comprese radiografie e tracciato cefalometrico	200,00	Richiedibili modelli + RX + tracciato cefalometrico restituibile	Una sola volta per tutta la durata della copertura assicurativa
44	Trattamento ortodontico con apparecchiature mobili per arcata e per anno di cura, indipendentemente dalla classe di appartenenza	1.000,00	Richiesta certificazione del laboratorio odontotecnico	Massimo per 2 anni; 3° anno rimborsale con invio modelli (iniziale e attuale)
45	Trattamento ortodontico con apparecchiature fisse per arcata e per anno di cura, indipendentemente dalla classe di appartenenza	1.200,00	Modelli e panoramica richiedibili	Massimo per 3 anni
46	Placca di contenzione	350,00	Solo a fine trattamento	Una sola volta per

				tutta la durata della copertura assicurativa

11. GLOSSARIO

Assicurato
Il soggetto, residente nel territorio della Repubblica Italiana, il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione
Il contratto mediante il quale Aviva, a fronte del pagamento di un Premio, si obbliga ad indennizzare o rimborsare all'Assicurato il danno ad esso prodotto dal verificarsi di un Sinistro, entro i limiti convenuti.

Aborto spontaneo
interruzione della gravidanza indipendente dalla volontà della madre per cause genetiche, cromosomiche, immunologiche, traumatiche, anomalie uterine, cause materne generali quali a titolo esemplificativo ma non esaustivo patologie, diabete, ipertensione.

Aborto terapeutico
Interruzione volontaria della gravidanza, provocata da Trattamenti farmacologici e/o chirurgici al fine di preservare la salute della madre o evitare lo sviluppo di un feto affetto da malformazioni o gravi patologie.

Apparecchi Terapeutici
Dispositivi medici e strumenti utilizzati per finalità diagnostiche e/o terapeutiche.

Assistenza infermieristica
L'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

Aviva
Aviva Italia S.p.A.

Banca
FinecoBank S.p.A., che coincide con l'Intermediario.

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

Cartella Clinica
Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in Istituto di Cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e

prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Centrale Operativa/Struttura Organizzativa
Previmedical S.p.A., Società di Servizi che gestisce i sinistri, il servizio di assistenza e provvede al pagamento diretto delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, oppure ai rimborsi; provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie e con i medici chirurghi convenzionati.

Chirurgia bariatrica o chirurgia dell'obesità
Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Ciclo di cure
Serie di terapie della medesima tipologia che si ripetono in un determinato arco temporale per completare un determinato programma terapeutico (a titolo esemplificativo e non esaustivo: chemioterapia, radioterapia, fisioterapia, cure termali).

Contraente
Il soggetto, titolare di un conto corrente FinecoBank S.p.A., che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio e di altre persone.

Day Hospital
La degenza, senza pernottamento, in Istituto di Cura/Struttura Sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery) eseguite dai medici chirurghi specialisti con redazione di Cartella Clinica. Si considera Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa).

Difetto fisico pregresso
Alterazione organica acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente, o sia clinicamente diagnosticabile prima della sottoscrizione della Proposta-Polizza.

Evento/Data Evento
Per Evento/Data Evento si intende:

- Per prestazioni ospedaliere, il singolo Ricovero (anche per più patologie) – La data dell'Evento è quella in cui si è verificato il Ricovero o, se non vi è stato Ricovero, l'Intervento Chirurgico in ambulatorio
- Per prestazioni extraospedaliere: tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente. La Data Evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico Evento.
- Per prestazioni odontoiatriche: la Data Evento è quella della prima/singola prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico Evento.

- Per la garanzia di Non Autosufficienza, l'Evento si perfeziona decorsi 90 giorni dall'insorgere di uno stato di non autosufficienza ammissibile a prestazione in base alle regole di cui alle presenti condizioni.

Franchigia
L'importo contrattualmente stabilito in forma fissa che rimane a carico dell'Assicurato per ogni Sinistro.

Indennizzo o Indennità
La somma dovuta da Aviva in caso di Sinistro.

Intermediario
La persona fisica o giuridica, iscritta nel Registro Unico degli Intermediari Assicurativi, che presenta o propone i prodotti assicurativi e presta assistenza e consulenza finalizzata a tale attività.

Grave Evento Morboso (GEM)
Le malattie elencate nell'Allegato II.

Grande Intervento Chirurgico (GIC)
Gli interventi chirurgici elencati nell'Allegato I.

Indennità sostitutiva del rimborso
Importo forfettario giornaliero erogato nel caso di Ricovero dell'Assicurato in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni ricevute in quanto a totale carico del SSN.

Infortunio
Evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

Intervento ambulatoriale
Intervento di piccola chirurgia eseguito senza Ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico.

Intervento Chirurgico
Atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Intervento Chirurgico concomitante
Qualsiasi procedura chirurgica effettuata nella medesima sessione dell'intervento principale.

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 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) sia 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
Ogni Struttura Sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

Lettera di Conferma
Documento contrattuale che:
- attesta il ricevimento del Premio da parte di Aviva;
- indica la data di decorrenza dell'Assicurazione;
- fornisce i numeri definitivi delle due Polizze.

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa)
Modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata; pertanto consente l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino la necessità del Ricovero ordinario e che per loro natura o complessità di esecuzione richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in ambiente ambulatoriale.

Malattia
Ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da Infortunio e oggettivamente riscontrabile. La gravidanza non è considerata Malattia.

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

Malattia pregressa

Alterazione dello stato di salute, Malformazione e stato patologico per la quale l'Assicurato ha ricevuto una diagnosi e/o prescrizione di esami, farmaci, cure, Trattamenti prima della sottoscrizione della Proposta-Polizza.

Malattia terminale
Malattia o prognosi infausta per la sopravvivenza dell'Assicurato che comporta uno stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

Malformazione
Alterazione organica, congenita, che sia evidente, o sia clinicamente diagnosticabile prima della sottoscrizione della Proposta-Polizza.

Massimale
La spesa massima rimborsabile per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno di copertura; se non diversamente indicato, si intende applicato per persona e per anno di copertura; per la garanzia di non autosufficienza, il Massimale si intende per persona e fino ad un massimo di 3 anni del rimborso mensile forfettario previsto nel Pacchetto assicurativo prescelto.

Medicina alternativa o complementare
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, omotossicologia, osteopatia, chiropratica.

Modalità d'Indennizzo

- In Network (regime di **Assistenza diretta**): il pagamento che Aviva, in nome e per conto dell'Assicurato, effettua, nei limiti di quanto dovuto a termini di Polizza, a favore delle Strutture Sanitarie e Medici convenzionati per le prestazioni previste nelle garanzie di Polizza.
- Fuori Network (regime di **Assistenza rimborsuale**): il pagamento, sotto forma di rimborso delle spese sostenute non in regime di convenzionamento, che Aviva effettua in favore dell'Assicurato per le prestazioni previste nelle garanzie di Polizza.

Network
Rete convenzionata di Previmedical S.p.A. costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta (Indennizzo pagato direttamente alla struttura convenzionato e/o medico convenzionato). L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.aviva.it alla sezione dedicata al prodotto "Aviva Salute Premium.

Nucleo familiare
Il Contraente, il coniuge o il convivente more uxorio, i figli legittimi fiscalmente a carico (totale o parziale) risultanti dallo stato di famiglia, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidati o affiliati purché fiscalmente a carico.

Pacchetto assicurativo
Insieme delle coperture prescelte dal Contraente al momento della stipula del contratto di Assicurazione.

Premio
La somma dovuta dal Contraente ad Aviva.

Proposta-Polizza
Il documento con il quale si dà corso all'Assicurazione e che ne attesta la stipulazione.

Protesi acustica
Dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di ampliare e/o modificare il messaggio sono, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi, avente carattere di stabilizzazione clinica.

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

Ricovero
Permanenza in Istituto di cura con pernottamento o in Day Hospital / Day Surgery.

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

Robot
Manipolatore multifunzionale riprogrammabile, progettato per muovere strumenti chirurgici, dispositivi specialistici, materiali o parti anatomiche, sotto il diretto controllo del chirurgo operatore, per l'esecuzione di interventi micro chirurgici o di chirurgia mini invasiva.

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

Secondo Rischio
Copertura assicurativa che viene prestata per la parte di danno non coperta da altra Assicurazione (la quale presta invece una copertura assicurativa a primo rischio). Quando, invece, non c'è altra Assicurazione o copertura tramite Casse, Fondi Integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, la copertura opera a primo rischio, ossia copre il danno (con l'applicazione di Franchigie, Scoperti e Massimale) a partire dal primo euro di danno subito.

Sinistro
L'Evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Sotto-limite
La spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni, fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno e nell'ambito dei massimali previsti, Aviva presta le garanzie. Se non diversamente indicato, si intende applicato per Assicurato. Nel caso di Ricovero con Intervento Chirurgico esso comprende, oltre all'intervento principale, anche eventuali interventi concomitanti.

Sport Professionistico
Attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

Stato di non autosufficienza
Incapacità in capo all'Assicurato a mantenere una vita indipendente o a svolgere le comuni attività quotidiane quali: *farsi il bagno, vestirsi e svestirsi, curare l'igiene del corpo, assicurare la propria mobilità, continenza, bere e mangiare*".

Strutture Sanitarie

1) Strutture Sanitarie Private/Medici:
   a. Convenzionate: strutture e medici presso le quali l'Assicurato può usufruire dell'assistenza diretta;
   b. Forma Mista: strutture e/o medico/i presso le quali il pagamento avviene in parte in forma di assistenza diretta, parte in forma di rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato.

2) Strutture Sanitarie Pubbliche:
   a. prestazioni erogate a totale carico del SSN: strutture presso le quali l'Assicurato beneficia delle prestazioni sanitarie pubbliche;
   b. prestazioni erogate in regime di Intramoenia presso strutture sanitarie convenzionate;
   c. prestazioni erogate in regime di Intramoenia presso strutture sanitarie non convenzionate.

3) Strutture Sanitarie Private accreditate con il SSN.

Strutture sanitarie private convenzionate con il SSN nel momento in cui erogano le prestazioni sanitarie non in forma pubblica, bensì in regime privatistico.

4) Strutture Sanitarie Private/Medici NON convenzionate/i

Strutture e/o medico/i presso i quali il pagamento avviene parte in forma di rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato.

SSN

Servizio Sanitario Nazionale.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili a termine di copertura, effettuate esclusivamente presso Centri Medici, ed eseguiti da un medico specialista o da fisioterapista (Laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia conseguiti dal 1994 al 2002) o da Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995, salvi ulteriori requisiti di legge.

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.

Visita specialistica

Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale.

Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria.

Aviva Italia S.p.A.
Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano
www.aviva.it
Tel: +39 02 2775.1
Fax: +39 02 2775.204
Pec: aviva_italia_spa@legalmail.it

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

Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Capitale Sociale Euro 45.684.400,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1277308 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale 09197520159 Partita IVA 10540250965 Società appartenente ad Aviva Gruppo IVA Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 18652 del 09/10/1990 (Gazzetta Ufficiale n. 247 del 22/10/1990) e con Provv. ISVAP n. 2282 del 25/05/2004 (Gazzetta Ufficiale n. 128 del 03/06/2004) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00091 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00005

Aviva Salute Premium è un prodotto assicurativo distribuito da FinecoBank S.p.A.

pdf - Ed. 03/2021 - AVIVA - Mod. 13237

Aviva Italia S.p.A.
Via A. Scarsellini 14 20161 Milano
www.aviva.it
Tel: +39 02 2775.1
Fax: +39 02 2775.204
Pec: aviva_italia_spa@legalmail.it

Aviva Salute Premium

PROPOSTA-POLIZZA

PROPOSTA-POLIZZA N.		
Questo è il numero attribuito alla presente Proposta-Polizza cui entrambe le Parti faranno riferimento. La numerazione definitiva di Polizza è quella che verrà attribuita da Aviva Italia S.p.A. con la Lettera di Conferma.		
RAMO	CODICE	INTERMEDIARIO
22		
SOSTITUISCE POLIZZE N.		

Data ultimo aggiornamento: 31 marzo 2021

CONTRAENTE

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE

LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	SESSO	ETA'

RESIDENZA

VIA N. CIVICO	COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.

CONTATTI

INDIRIZZO EMAIL	NUMERO CELLULARE

VALIDITA' DELLA PROPOSTA
La presente proposta è revocabile dal Contraente fino alla conclusione del contratto e, in ogni caso, la Compagnia si impegna a garantire le stesse condizioni per un periodo di 30 GIORNI dalla data di sottoscrizione della stessa. Trascorso tale termine, in assenza di pagamento del premio, la proposta si intenderà non più efficace.

DURATA DEL CONTRATTO

	FRAZIONAMENTO
1 anno a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di pagamento del premio	ANNUALE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE applicate alla presente Proposta-Polizza	**ASP02**
COASSICURAZIONE	**SI Infortuni e Malattia** **NO Assistenza**

PACCHETTO SCELTO*: ***(contrassegnare con una "x" il pacchetto prescelto)***

	CARE BASE EASY		CARE PLUS EASY		CARE & SMILE BASE
	CARE BASE		CARE PLUS		CARE & SMILE PLUS

Ciascun Pacchetto comprende i servizi Aggiuntivi di Assistenza denominati "ComfortSalute".

* *Le garanzie prestate, i massimali, le franchigie e gli scoperti relativi al Pacchetto prescelto ed ai servizi "ComfortSalute" sono contenuti all'interno delle Condizioni di Assicurazione a cui la presente Proposta-Polizza fa riferimento.*

ASSICURATI: ***(contrassegnare con una "x" la formula prescelta)***

	INDIVIDUALE	E' assicurato il solo Contraente
	NUCLEO FAMILIARE	Si intendono assicurati il Contraente ed i componenti del proprio nucleo familiare**.

*** Ai fini dell'applicazione dello sconto del 10% sul premio in caso di estensione dell'assicurazione al Nucleo familiare, è necessario inserire tutti i componenti rientranti nella definizione di Nucleo familiare. Qualora un componente del Nucleo abbia già in corso altra copertura sanitaria analoga a quella oggetto del presente documento (in termini di garanzie) da parte di altra Impresa di Assicurazione, Casse/Fondi, il Contraente della presente Proposta-Polizza avrà diritto a scegliere una delle seguenti opzioni:*
a) non inserire in copertura il suddetto familiare;
b) inserire in copertura il suddetto familiare, per il quale la presente Assicurazione funzionerà a Secondo Rischio; mantenendo comunque il diritto ad usufruire, in entrambi i casi, dello sconto previsto.

fac-simile

Mod. 13234 - 03/2021

Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Pec: aviva_italia_spa@legalmail.it Capitale Sociale Euro 45.684.400,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1277308 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale 09197520159 Partita IVA 10540250965 Società appartenente ad Aviva Gruppo IVA Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 18652 del 09/10/1990 (Gazzetta Ufficiale n. 247 del 22/10/1990) e con Provv. ISVAP n. 2282 del 25/05/2004 (Gazzetta Ufficiale n. 128 del 03/06/2004) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00091 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00005

3 - COPIA PER IL CONTRAENTE

Aviva Salute Premium

PROPOSTA-POLIZZA

N.

Definizione Nucleo Familiare: il Contraente, il coniuge o il convivente more uxorio, i figli legittimi fiscalmente a carico (totale o parziale) risultanti dallo stato di famiglia, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidati o affiliati purchè fiscalmente a carico.

ASSICURATO (diverso dal Contraente che è sempre assicurato)

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE		
LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	SESSO	ETA'

ASSICURATO (diverso dal Contraente che è sempre assicurato)

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE		
LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	SESSO	ETA'

ASSICURATO (diverso dal Contraente che è sempre assicurato)

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE		
LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	SESSO	ETA'

ASSICURATO (diverso dal Contraente che è sempre assicurato)

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE		
LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	SESSO	ETA'

ASSICURATO (diverso dal Contraente che è sempre assicurato)

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE		
LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	SESSO	ETA'

RIEPILOGO PREMIO ANNUO LORDO PER ASSICURATO PER IL PACCHETTO PRESCELTO
(Il premio è calcolato sulla base degli anni effettivamente compiuti da ciascun Assicurato al momento della sottoscrizione della presente Proposta-Polizza).

COGNOME E NOME	**Premio annuo lordo per le coperture INFORTUNI E MALATTIA di cui al pacchetto prescelto, comprensivo del 2.5% di imposte**	**Premio annuo lordo per i servizi aggiuntivi ASSISTENZA "ComfortSalute", comprensivo del 10% di imposte**	**Totale Premio annuo lordo *****
Totale			

*** Premio Totale annuo lordo, già al netto dello sconto 10% applicato per la formula "Nucleo familiare" (pari a €).

PREMIO TOTALE	**IMPONIBILE**	**IMPOSTE**	**TOTALE LORDO**
ALLA FIRMA			
RATE SUCCESSIVE****			

****** PREMIO DI RINNOVO ALLA SCADENZA ANNUALE: il premio Rate successive, ovvero il premio di rinnovo del contratto, potrà essere annualmente rivisto con le modalità di cui all'art. 17 – Modifica dei premi al rinnovo annuale delle Condizioni di Assicurazione.**

3 - COPIA PER IL CONTRAENTE

fac-simile

I mezzi di pagamento consentiti dalla Società sono: addebito in conto corrente del Contraente presso FinecoBank S.p.A.

Documento in Euro, in 3 esemplari, sottoscritto il		in		con il seguente n. di allegati	

RIPARTIZIONE DELL'ASSICURAZIONE E INCARICO

L'assicurazione relativa alle coperture Infortuni e Malattia di cui al pacchetto prescelto è ripartita per quote tra le società di seguito indicate, ai termini indicati all'art. 21.1 delle Condizioni di Assicurazione.

IMPRESE DI ASSICURAZIONI		QUOTA
Aviva Italia S.p.A.	Coassicuratrice Incaricata	55,00%
Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.	Coassicuratrice	45,00%

Il Contraente designa Aviva Italia S.p.A. come Coassicuratrice Incaricata.
Il presente accordo non prevede alcun Premio di ristoro a favore della Coassicuratrice Incaricata.

L'assicurazione dei servizi aggiuntivi Assistenza "ComfortSalute" è prestata al 100% da Aviva Italia S.p.A., tramite la Struttura Organizzativa esterna di Previmedical S.p.A.

Luogo e Data **IL CONTRAENTE**

_____ _____

AVVERTENZA
Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

TERMINI DI DECORRENZA
Il Contraente:
- **prende atto che, con la sottoscrizione della presente Proposta-Polizza ed il pagamento del Premio alla firma, il contratto è concluso e che Aviva Italia S.p.A. si impegna a riconoscere piena validità contrattuale alla stessa;**
- **prende atto che la conclusione del presente contratto, prevede l'emissione da parte di Aviva Italia S.p.A. di due polizze distinte, una per le coperture infortuni e malattia di cui al pacchetto prescelto, ed una per la garanzia Assistenza;**
- **prende atto che il Contratto decorre dalle ore 24:00 del giorno di conclusione dello stesso. Aviva Italia S.p.A. invia al Contraente una Lettera di Conferma, quale documento contrattuale che attesta il ricevimento del premio da parte dell'Impresa di Assicurazione, indica la data di decorrenza ed i numeri definitivi delle due Polizze.**

Il Contraente dichiara di AVER LETTO e ACCETTATO quanto riportato in merito ai TERMINI DI DECORRENZA sopra riportati.

Luogo e Data **IL CONTRAENTE**

_____ _____

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE (Agli effetti degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile):

Il Contraente dichiara di essere consapevole che l'assicurazione non è operante:
- **in caso di Prestazioni Ospedaliere e di Non Autosufficienza dovute a conseguenze dirette di Malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici per le quali l'Assicurato ha ricevuto, prima della sottoscrizione della presente Proposta-Polizza, una diagnosi e/o prescrizione di esami, farmaci, cure, trattamenti.**
- **per Cure Odontoiatriche in Network e Fuori Network rese necessarie per malattie, stati patilogici e/o difetti fisici e/o anomalie congenite preesistenti alla data di sottoscrizione della presente Proposta-Polizza**
- **Infortuni occorsi prima della sottoscrizione della polizza nonché le loro complicanze e conseguenze dirette e indirette nonché i relativi postumi.**

Il Contraente dichiara di essere consapevole che le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività da HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), non sono assicurabili.
La sopravvenienza in corso di polizza delle predette situazioni a carico dell'Assicurato costituisce, per il medesimo, causa di cessazione dell'Assicurazione con effetto dalla prima scadenza annuale.

Luogo e Data **IL CONTRAENTE**

_____ _____

3 - COPIA PER IL CONTRAENTE

facsimile

IL CONTRAENTE DICHIARA CHE, PRIMA DI SOTTOSCRIVERE LA PRESENTE PROPOSTA-POLIZZA, HA RICEVUTO E LETTO ATTENTAMENTE:

- **il Set Informativo – ai sensi del Regolamento IVASS 41/2018 e successive modifiche e/o integrazioni – composto da Documento Informativo Precontrattuale (DIP) per i prodotti assicurativi Danni, DIP Aggiuntivo per i prodotti assicurativi Danni, Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario, fac-simile della Proposta-Polizza;**
- **il documento contenente i dati essenziali dell'Intermediario e della sua attività, nonché le informazioni su potenziali situazioni di conflitto d'interessi e sugli strumenti di tutela del Contraente (Allegato 3 Regolamento IVASS 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni);**
- **il documento contenente le regole generali per la distribuzione di prodotti assicurativi (Allegato 4 ter Regolamento IVASS 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni);**
- **il documento contenente le informazioni sul modello e l'attività di distribuzione, sulla consulenza fornita e sulle remunerazioni percepite (Allegato 4 Regolamento IVASS 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni);**
- **copia del Questionario di coerenza debitamente compilato, comprensivo della dichiarazione in cui l'Intermediario attesta che il prodotto assicurativo risponde alle esigenze e richieste assicurative del Contraente.**

Con la firma che segue accetta quanto indicato in Proposta-Polizza e tutte le relative garanzie secondo i termini delle Condizioni di Assicurazione indicate nel frontespizio del presente documento.

Luogo e Data **IL CONTRAENTE**

_____ _____

CONDIZIONI SOGGETTE AD APPROVAZIONE SPECIFICA

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 C.C., il sottoscritto dichiara di approvare espressamente le disposizioni degli articoli:
Art. 7 - Carenza; Art. 8 - Durata e rinnovo dell'Assicurazione; Art. 17 - Modifica dei premi al rinnovo annuale; Art. 28 - Esclusioni; Art. 34 - Esclusioni; Art. 37 - Esclusioni; Art. 41 - Esclusioni; Art. 55 Controversie/Arbitrato.

Luogo e Data **IL CONTRAENTE**

_____ _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

Il pagamento dei premi viene effettuato utilizzando la procedura di addebito sul conto corrente bancario del Contraente appoggiato presso FinecoBank S.p.A.
Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento dei premi farà fede la documentazione contabile del competente Istituto di Credito.

AUTORIZZAZIONE DI ADDEBITO IN CONTO

Il Contraente, titolare del conto, autorizza FinecoBank S.p.A. a trattenere l'ammontare del premio lordo previsto alla firma della presente Proposta-Polizza, e gli eventuali premi di rinnovo della copertura assicurativa, a favore di Aviva Italia S.p.A., conferendo a FinecoBank S.p.A. apposito mandato all'incasso fino a revoca del presente mandato, da comunicare per iscritto 30 giorni prima della scadenza annuale, da inviare direttamente a FinecoBank S.p.A. o ad Aviva Italia S.p.A..
Resta inteso che la presente disposizione verrà eseguita e la copertura assicurativa verrà attivata solo se il rapporto bancario sotto indicato presenti la necessaria provvista libera e disponibile.

Conto Corrente N _____

Luogo e Data **IL CONTRAENTE**

_____ _____

fac-simile

3 - COPIA PER IL CONTRAENTE

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto/a dichiaro di avere ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali riportata nella documentazione messa a mia disposizione e consultabile nella versione costantemente aggiornata nella sezione dedicata al prodotto assicurativo sul sito internet https://www.aviva.it, di essere consapevole che il trattamento dei miei dati relativi alla salute, eventualmente forniti, anche tramite un processo decisionale automatizzato, è necessario per le finalità assicurative descritte nel paragrafo 3 dell'informativa e, pertanto, acconsento a tale trattamento.

☐ SI ☐ NO

Luogo e Data **IL CONTRAENTE**

_____ _____

MODALITA' DI TRASMISSIONE DELLA DOCUMENTAZIONE IN CORSO DI CONTRATTO (AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS N. 41 DEL 2 AGOSTO 2018)

Io sottoscritto scelgo di ricevere la documentazione in corso di rapporto relativa al presente Contratto:

☐ su supporto cartaceo;

☐ in formato elettronico, mediante caricamento nell'Area Clienti del sito www.aviva.it.

La scelta della modalità in formato elettronico è da ritenersi valida solo in caso di indicazione dell'indirizzo e-mail nella sezione dell'anagrafica Contraente.

Sono consapevole che tale scelta:

- può essere modificata in ogni momento, tramite il mio Intermediario oppure scrivendo una mail all'indirizzo di posta elettronica aviva_italia_spa@legalmail.it;
- può essere effettuata anche in corso di Contratto, relativamente alle future comunicazioni;
- non costituisce autorizzazione all'invio di materiale promozionale, pubblicitario o di altre comunicazioni commerciali.

Luogo e Data **IL CONTRAENTE**

_____ _____

SPAZIO RISERVATO ALL'INTERMEDIARIO

Dichiaro di aver proceduto personalmente alla identificazione del sottoscrittore le cui generalità sono riportate fedelmente negli spazi appositi e che le firme sono state apposte in mia presenza e che il pagamento del premio di perfezionamento è effettuato con le modalità sopra indicate.

INTERMEDIARIO

COGNOME E NOME	Codice	Codice Ag.

Luogo e Data **IL CONTRAENTE**

_____ _____

fac-simile

3 - COPIA PER IL CONTRAENTE

Aviva Italia S.p.A.
Via A. Scarsellini 14 20161 Milano
www.aviva.it
Tel: +39 02 2775.1
Fax: +39 02 2775.204
Pec: aviva_italia_spa@legalmail.it

Aviva Salute Premium

PROPOSTA-POLIZZA

N.

Ultimo aggiornamento: 29 settembre 2020

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

1. CHI È IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO?
Aviva Italia S.p.A. con sede in Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI), (di seguito, la "**Società**"), agisce in qualità di titolare del trattamento, da intendersi come soggetto che determina le finalità e le modalità del trattamento di dati personali relativi all'Assicurato/Contraente/Beneficiario (di seguito l'"**Interessato**") ai sensi della polizza assicurativa (la "**Polizza**") a cui la presente informativa sul trattamento dei dati personali è allegata.

2. QUALI DATI SONO TRATTATI?
La Società tratta i dati forniti dall'Interessato, ivi inclusi - qualora necessari per la prestazione dei servizi e/o esecuzione degli obblighi di cui alla Polizza - i dati relativi alla salute e i dati giudiziari.
Nota Bene: qualora l'Interessato fornisca alla Società dati personali di eventuali soggetti terzi, lo stesso si impegna a comunicare a questi ultimi quanto contenuto nella presente informativa, anche mediante rinvio alla sezione Privacy del sito internet www.aviva.it.
Si precisa, altresì, che i dati personali condivisi dall'interessato all'interno delle pagine Aviva presenti sulle piattaforme social verranno trattati sia dal gestore della piattaforma, in linea con la propria informativa privacy che dal Gruppo Aviva, sulla base della presente informativa, anche mediante rinvio alla sezione Privacy del sito internet www.aviva.it.

3. PER QUALI FINALITA' SONO TRATTATI I DATI?
La Società tratta i dati personali dell'Interessato per le seguenti finalità:

a) Finalità Assicurative: i dati personali dell'Interessato vengono trattati:
- ai fini della stipula e esecuzione della Polizza, ivi inclusi eventuali rinnovi (comprese la valutazione del rischio assicurativo, effettuata dalla Società sulla base di determinate caratteristiche dell'Interessato e l'esecuzione - anche tramite call center - di verifiche circa la conformità alla normativa applicabile dell'attività degli incaricati di cui si avvale la Società), e
- per la prestazione dei servizi connessi all'attività assicurativa e riassicurativa oggetto della Polizza (compreso, ad esempio, l'invio di comunicazioni funzionali all'iscrizione all'area clienti). La Società potrà eventualmente trattare dati giudiziari riferiti all'Interessato nell'ambito di: liquidazione sinistri, contenziosi, provvedimenti di Autorità pubbliche o giudiziarie, adempimenti normativi e regolamentari.

b) Finalità per adempimento ad obblighi legali: i dati raccolti potranno essere trattati per adempiere ad un obbligo legale, come ad es. gli adempimenti previsti dalla normativa di settore applicabile, dati comunicati all'INPS o alle Autorità Fiscali per l'adempimento degli obblighi fiscali, all'Autorità di vigilanza per il settore assicurativo per l'adempimento dei suoi provvedimenti e delle normative regolamentari in tale ambito, alle autorità competenti in materia di antiriciclaggio e antifrode, ai soggetti autorizzati in materia di responsabilità amministrativa degli enti, per l'adempimento degli obblighi previsti in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, Security & Data Governance, Data Quality, Protezione del trattamento dei dati personali e per l'ottemperanza a provvedimenti giudiziali.

c) Ulteriori Finalità:
- Attività di test, sicurezza informatica e risoluzione delle anomalie dei sistemi informatici;
- Reportistica e analisi statistiche dell'attività della rete distributiva per valutazione della performance della rete e invio comunicazioni informative agli agenti;
- Reportistica e analisi statistiche dei prodotti assicurativi per il miglioramento degli stessi e partecipazione a focus group consumatori;
- Eseguire ricerche di mercato quali e quantitative del tipo Customer Satisfaction, Net Promoter Score in merito alla valutazione della qualità dei servizi erogati dalla catena assicurativa.

4. SU QUALE BASE VENGONO TRATTATI I DATI?
Il conferimento dei dati personali - ivi inclusa la prestazione del consenso al trattamento di eventuali dati relativi alla salute - è obbligatorio per adempiere ad obblighi di legge (paragrafo 3 b) e per le FINALITA' ASSICURATIVE (paragrafo 3 a), per poter stipulare ed eseguire la Polizza, nonché per gestire e liquidare eventuali sinistri denunciati. Il rifiuto al conferimento dei dati per tale finalità, o l'eventuale revoca, determinerà quindi l'impossibilità di stipulare o dare esecuzione alla Polizza.
Il trattamento per il perseguimento delle Ulteriori Finalità (paragrafo 3 c) è eseguito ai sensi dell'articolo 6, lettera f), del Regolamento europeo generale sulla Protezione dei Dati 2016/679 (il "**Regolamento Privacy**"). Il trattamento per le tali Finalità non è obbligatorio e l'Interessato potrà opporsi a detto trattamento con le modalità di cui al successivo paragrafo 8, ma qualora l'Interessato si opponesse a detto trattamento i suoi Dati non potranno essere utilizzati per le Ulteriori Finalità.

5. COME VENGONO TRATTATI I DATI?
In relazione alle sopra indicate finalità, il trattamento dei dati avverrà sia attraverso l'ausilio di strumenti informatici o automatizzati sia su supporto cartaceo e, comunque, con strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.
La valutazione del rischio assicurativo (di cui al precedente paragrafo 3 a) si basa anche su un processo decisionale automatizzato che, tramite l'analisi delle caratteristiche dell'Interessato, permette di inquadrare lo stesso all'interno di uno specifico livello di rischio.
Tale valutazione è necessaria ai fini della stipula e dell'esecuzione della Polizza. Con riferimento all'adozione del processo decisionale automatizzato relativo ai dati sulla salute, lo stesso può avvenire unicamente con il previo consenso dell'Interessato.
Resta inteso che l'Interessato ha in ogni momento il diritto di opporsi al processo decisionale automatizzato sopra descritto. Resta inteso che l'Interessato ha in ogni momento il diritto di opporsi al processo decisionale automatizzato sopra descritto.

Fac-simile

Mod. 12609 - 10/2020

Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Pec: aviva_italia_spa@legalmail.it Capitale Sociale Euro 45.684.400,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1277308 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale 09197520159 Partita IVA 10540250965 Società appartenente ad Aviva Gruppo IVA Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 18652 del 09/10/1990 (Gazzetta Ufficiale n. 247 del 22/10/1990) e con Provv. ISVAP n. 2282 del 25/05/2004 (Gazzetta Ufficiale n. 128 del 03/06/2004) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00091 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00005

6. A CHI VENGONO COMUNICATI I DATI?

I dati personali dell'Interessato potranno essere comunicati a soggetti appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa" quali, per esempio, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; canali di distribuzione; periti consulenti e legali; medici legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei sinistri, altre società volte alla fornitura di servizi; banche dati, organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, il Ministero dello Sviluppo Economico, CONSAP e UCI ed ulteriori autorità competenti ai sensi della normativa applicabile e a fornitori di servizi informatici o di archiviazione.

La Società, per le attività connesse alla gestione dei sinistri, si avvarrà di Previmedical S.p.A., che ha nominato Responsabile esterno del trattamento.

L'elenco aggiornato delle società a cui saranno comunicati i dati personali dell'Interessato, che potranno agire, a seconda dei casi, in qualità di responsabili del trattamento o autonomi titolari del trattamento, potrà essere richiesto in qualsiasi momento alla Società, all'indirizzo presente nella sezione "quali sono i diritti dell'interessato?" della presente informativa. I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. I DATI VENGONO TRASFERITI ALL'ESTERO?

I dati personali forniti potranno essere liberamente trasferiti fuori dal territorio nazionale a Paesi situati nell'Unione europea. L'eventuale trasferimento dei dati personali dell'Interessato in Paesi situati al di fuori dell'Unione europea avverrà, in ogni caso, nel rispetto delle garanzie appropriate e opportune ai fini del trasferimento stesso ai sensi della normativa applicabile.

L'Interessato avrà il diritto di ottenere una copia dei dati detenuti all'estero e di ottenere informazioni circa il luogo dove tali dati sono conservati facendone espressa richiesta alla Società all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

8. QUALI SONO I DIRITTI DELL'INTERESSATO?

Premessa la possibilità dell'Interessato di non conferire i propri dati personali, **l'Interessato potrà altresì, in qualsiasi momento e gratuitamente**:

a) avere **accesso ai dati personali**: ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano ed averne comunicazione;
b) conoscere l'origine dei dati, le **finalità** del trattamento e le sue modalità, nonché la logica applicata al trattamento effettuato mediate strumenti elettronici;
c) chiedere l'**aggiornamento**, la rettifica o - se ne ha interesse - l'integrazione dei dati che lo riguardano;
d) ottenere la **cancellazione**, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati eventualmente trattati in violazione della legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento;
e) **revocare**, in qualsiasi momento, il consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano, senza che ciò pregiudichi in alcun modo la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
f) **opporsi** in qualsiasi momento al trattamento dei suoi Dati per Finalità di Legittimo Interesse;
g) chiedere alla Società la **limitazione del trattamento** dei suoi dati personali nel caso in cui:
   - l'Interessato contesti l'esattezza dei dati personali, per il periodo necessario alla Società per verificare l'esattezza di tali dati personali;
   - il trattamento è illecito e l'Interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali e chiede invece che ne sia limitato l'utilizzo;
   - benché la Società non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento, i dati personali sono necessari all'Interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
   - l'Interessato si è opposto al trattamento ai sensi dell'articolo 21, paragrafo 1, del Regolamento Privacy in attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato;
h) **opporsi** in qualsiasi momento al trattamento dei suoi dati personali;
i) chiedere la **cancellazione** dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo;
j) ottenere la **portabilità** dei dati che lo riguardano;
k) proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali ove ne sussistano i presupposti, contatti: Garante per la Protezione dei Dati Personali Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma, Centralino telefonico: (+39) 06.696771, Fax: (+39) 06.69677.3785.

Le relative richieste potranno essere inoltrate alla Società via **mail** al seguente indirizzo: **dpo.italia@aviva.com**, o tramite posta all'indirizzo Gruppo Aviva - Servizio Privacy, Via Scarsellini 14, 20161, Milano. Al fine di semplificare il processo di riscontro delle richieste di accesso ai dati personali, si precisa che nel caso di esercizio dei diritti di cui al presente paragrafo, il richiedente è tenuto ad identificarsi trasmettendo **copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale**; nel caso in cui la richiesta venga presentata a mezzo di posta ordinaria, è necessario trasmettere in forma leggibile e chiara l'indirizzo di domicilio o di residenza a cui far pervenire il riscontro dell'interessato. Qualora l'interessato si avvalga di un legale rappresentante, perché la richiesta sia presa in carico, il legale rappresentante deve trasmettere copia della delega, copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale della persona che rappresenta, nel caso in cui la richiesta venga presentata a mezzo di posta ordinaria, è necessario trasmettere in forma leggibile e chiara l'indirizzo di domicilio.

9. CHI SONO I RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO?

La Società ha nominato responsabile del trattamento, tra gli altri, Aviva Italia Servizi Scarl, Via Scarsellini 14, 20161 Milano (MI). L'elenco completo dei responsabili è disponibile tramite l'invio di una richiesta scritta all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

La Società ha altresì nominato - ai sensi dell'articolo 37 del Regolamento Privacy, il responsabile della protezione dei dati personali che può essere contattato al seguente indirizzo mail: dpo.italia@aviva.com, o all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

10. TERMINE DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali raccolti ai sensi della presente informativa, vengono conservati per un periodo pari alla durata della Polizza (ivi inclusi eventuali rinnovi) e per i 10 anni successivi al termine, risoluzione o recesso della stessa, fatti salvi i casi in cui la conservazione per un periodo successivo sia richiesta per eventuali contenziosi, richieste delle autorità competenti o ai sensi della normativa applicabile. In riferimento ai dati raccolti per l'emissione dei preventivi, il termine di conservazione dei dati personali raccolti è pari a 5 anni dall'emissione per l'ambito Rami Elementari.

Alla cessazione del periodo di conservazione i dati saranno cancellati o anonimizzati.

11. MODIFICHE E AGGIORNAMENTI

La presente informativa è aggiornata alla data indicata nella sua intestazione. La Società potrebbe inoltre apportare modifiche e/o integrazioni a detta informativa, anche quale conseguenza di eventuali successive modifiche e/o integrazioni normative. L'Interessato potrà visionare il testo dell'informativa costantemente aggiornata nella sezione dedicata al prodotto assicurativo sul sito internet www.aviva.it.

fac simile