

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 Smart"

Data di realizzazione 01.01.2019

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 162.118.707€ di cui il Capitale Sociale ammonta a 45.684.400€ e le Riserve Patrimoniali a 104.410.151€.

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 148%.

L'indice di solvibilità calcolato sul requisito minimo patrimoniale richiesto è pari al 329%.

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.

✓ **Modulo 0 - Mynet.blue:**

è possibile estendere la garanzia fino a un massimo di 3 componenti assicurati del nucleo familiare. I costi delle prestazioni sono a carico dell'Assicurato.

✓ **Modulo 1 - Indennità da intervento chirurgico, reso necessario da infortunio o malattia:**

- l'Impresa di Assicurazione riconosce l'importo corrispondente alla classe di intervento chirurgico specificata;
- gli importi previsti per le classi VI e VII sono maggiorati del 50% qualora l'intervento chirurgico si sia svolto all'estero, ad esclusione di Città del Vaticano, Repubblica di San Marino, Principato di Monaco e Svizzera;
- in caso di intervento chirurgico effettuato presso il Servizio Sanitario Nazionale, l'indennizzo previsto sarà corrisposto nella misura del 50%

CLASSE DI INTERVENTO	FORMULA SMALL		FORMULA MEDIUM		FORMULA LARGE	
	PRIVATO	SSN	PRIVATO	SSN	PRIVATO	SSN
Classe I	0,00	0,00	100,00	50,00	320,00	160,00
Classe II	0,00	0,00	200,00	100,00	640,00	320,00
Classe III	0,00	0,00	750,00	375,00	1.600,00	800,00
Classe IV	1.250,00	625,00	1.250,00	625,00	4.000,00	2.000,00
Classe V	2.500,00	1.250,00	2.500,00	1.250,00	12.000,00	6.000,00
Classe VI	5.000,00	2.500,00	5.000,00	2.500,00	16.000,00	8.000,00
Classe VII	10.000,00	5.000,00	10.000,00	5.000,00	40.000,00	20.000,00

Modulo 2 - Indennità giornaliera da ricovero:

tale garanzia è operante anche in caso di Day Hospital in Istituto di Cura.
L'indennità è riconosciuta nei limiti indicati nella Formula scelta.

Modulo 3 - Alta diagnostica:

vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nella Formula assicurativa scelta, le seguenti prestazioni di "alta specializzazione": Angiografia e Coronografia; Diagnostica radiologica con mezzo di contrasto endovenoso; ECG da sforzo; Ecocardiografia; Ecocolordoppler; Ecografia transviscerale, transesofagea, intravascolare e endocavitaria; Esami Endoscopici a scopo diagnostico; Medicina nucleare diagnostica con utilizzo di radioisotopi per endovenosa (scintigrafie, Pet); Risonanza magnetica nucleare (RMN); TAC.

Modulo 4 - Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (incluse analisi di laboratorio):

vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nella Formula assicurativa scelta, le spese per:

- analisi ed esami diagnostici prescritti dal medico curante diversi da quelli rientranti nell'Alta diagnostica e degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici resi necessari da infortunio;
- onorari medici per visite specialistiche prescritte dal medico curante e degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici resi necessari da infortunio

Modulo 5 - Cure dentarie:

la garanzia copre anche le prestazioni di igiene e prevenzione limitatamente alle prestazioni elencate, entro i limiti tariffari e nel rispetto dei vincoli temporali e tecnici menzionati, a seconda di quanto indicato nella Formula assicurativa prescelta.

Le prestazioni sono suddivise in tre Livelli di Assistenza (Igiene e prevenzione, Cure di primo livello, Cure di secondo livello) e vengono prestate in tutto o in parte in funzione della Formula assicurativa prescelta e del corrispondente periodo di carenza (ossia di periodo iniziale di inoperatività della garanzia).

Modulo 6 - Non autosufficienza:

è considerata non autosufficiente la persona che si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata e consolidata, di poter compiere 4 delle seguenti 6 azioni consuete della vita quotidiana senza l'assistenza di una persona:

- Lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia;
- Vestirsi e Svestirsi;
- Andare al bagno ed usarlo: la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale;
- Spostarsi: la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa;
- Continenza;
- Alimentarsi: la capacità di nutrirsi autonomamente e di bere.

L'Assicurato, in caso di non autosufficienza e fintanto che persiste tale stato e non oltre il periodo massimo di 5 anni complessivamente e cumulativamente, percepirà un rimborso spese forfettario, pari all'importo indicato nella Formula prescelta

Formula Speciale Giovani

Le garanzie previste sono prestate entro i limiti indicati nella Formula stessa.

- ✓ Indennità giornaliera da ricovero: riconosciuta con o senza intervento chirurgico.
- ✓ Prestazioni odontoiatriche a seguito di infortunio: i rimborsi non sono cumulabili con le cure odontoiatriche a seguito di malattia.
- ✓ Indennità da gessatura da infortunio: riconosciuta per ciascun giorno di applicazione del gesso.
- ✓ Trattamenti fisioterapici e riabilitazione da infortunio: vengono rimborsate le spese sostenute purché siano prescritti da medico specialista ed effettuati da fisioterapista diplomato.
- ✓ Ticket SSN: sono rimborsate le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per tutte le prestazioni, anche se non disciplinate dalla Formula, quali: intervento chirurgico ambulatoriale, visite specialistiche, accertamenti diagnostici (incluse alta diagnostica e le analisi di laboratorio), cure odontoiatriche, trattamenti fisioterapici e rieducativi da malattia. La "quota ricetta" è inclusa.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Sconti	Ad esclusione dei Moduli 0 e 6, l'Impresa di Assicurazione o l'Intermediario potranno applicare sconti di premio in base al numero di persone assicurate.
---------------	---



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

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

- ! le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento
- ! le spese relative a prestazioni di logopedia e fisioterapia (salvo se previste dalla Formula prescelta);
- ! le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale e/o titolo equipollente se effettuato all'estero;
- ! le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Chirurghi, ad eccezione di quelle infermieristiche e di quelle fisioterapiche effettuate da studio professionale regolarmente autorizzato (se previste dalla Formula assicurativa prescelta); sono comunque escluse tutte le prestazioni fisioterapiche finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica;
- ! i trattamenti medici o chirurgici e farmaci sperimentali;
- ! le prestazioni determinate da positività HIV e da AIDS. e sindromi ad esse correlate, nonché da malattie sessualmente trasmesse;
- ! le prestazioni e le terapie determinate da virus "Ebola";
- ! gli infortuni, le malattie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso non terapeutico di stupefacenti 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 malattie e gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose o comunque dolose compiute o tentate dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, nonché le imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- ! gli infortuni derivanti dalla guida o uso di mezzi subacquei, di deltaplani, di ultraleggeri, di parapendio e simili;
- ! gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche; conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.) o esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato per terapie mediche;
- ! le conseguenze di guerra o guerra civile, dichiarata e non, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale; l'esclusione non opera se viene presentata documentazione idonea a dimostrare che non vi è nesso causale tra lo stato di guerra ed il sinistro;
- ! le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo quando l'Assicurato ne sia stato parte attiva;
- ! le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- ! i trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati: a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non abbiano compiuto il terzo anno di età; a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza; a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi per neoplasie maligne indennizzabili ai sensi di polizza;
- ! i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche nonché gli esaurimenti nervosi;
- ! le cure e gli accertamenti odontoiatrici/ortodontici e le protesi dentarie (salvo quanto espressamente indicato nella Formula assicurativa o Modulo prescelto);
- ! le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate;
- ! le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
- ! la correzione dei vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
- ! i disturbi alimentari (anoressia nervosa, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria da questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità;
- ! le spese di viaggio e quelle dell'accompagnatore.

Valgono inoltre le seguenti specifiche esclusioni:

Modulo 5 - Cure dentarie:

- ! le prestazioni sanitarie non effettuate da medici regolarmente iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;
 - ! tutte le prestazioni e i trattamenti iniziati o resi necessari prima della stipula della polizza;
 - ! tutte le prestazioni non comprese nel Tariffario Prestazioni odontoiatriche;
 - ! tutte le prestazioni da malattia in assenza di preventiva redazione della "Scheda Anamnestica";
- non sono rimborsabili le spese per:
- ! procedure di ricostruzione utilizzate per incrementare la dimensione verticale del dente persa a causa di attrito;
 - ! lesioni dentarie da infortunio durante la pratica di sport per i quali è previsto l'utilizzo del paradenti;

- ! sostituzione di protesi rimovibili complete o parziali a causa di rottura mentre non in uso o smarrite;
- ! qualsiasi prestazione medica relativa a denti mancanti alla decorrenza della copertura
- ! estrazione di denti decidui (da latte);
- ! 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 sia fisso sia rimovibile preesistente all'atto di sottoscrizione della polizza;
- ! trattamenti ortodontici, anche se associati alla chirurgia ortognatica, sia che precedano o seguano l'intervento chirurgico;
- ! prestazioni effettuate all'estero.

Modulo 6 - Non Autosufficienza:

- ! eventi derivanti da negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che il rimborso non viene effettuato se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- ! incidente aereo se viaggia come membro dell'equipaggio;
- ! svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.

Formula Speciale Giovani

GARANZIE	MASSIMALI/LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIE E SCOPERTI
Modulo 0 – MYNET.BLUE		
Dentista Fisioterapista Centri Convenzionati	Accesso alle tariffe agevolate tramite il servizio "mynet.blue" di cui all'allegato 1 di polizza. I costi delle prestazioni sono a carico dell'Assicurato	=====
INDENNITA' GIORNALIERA DA RICOVERO		
- da ricovero con/senza intervento chirurgico - Day Hospital con/senza intervento chirurgico	€50,00 al giorno con il massimo di 200 gg, per persona e per annualità assicurativa	1 giorno (esclusi i ricoveri in regime di Day Hospital)
PRESTAZIONI IN CASO DI INFORTUNIO		
Prestazioni odontoiatriche da infortunio	€1.000,00 per persona e per annualità assicurativa	Nessuna
Indennità da gessatura da infortunio	€50,00 al giorno con il massimo di 30 gg per persona e per annualità assicurativa	Nessuna
Trattamenti fisioterapici e riabilitazione da infortunio	€1.000,00 per persona e per annualità assicurativa	Nessuna
TICKET		
Spese per prestazioni mediche a titolo di ticket SSN	€500,00 per persona e per annualità assicurativa	Nessuna

Formula Small

GARANZIE	MASSIMALI/LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIE E SCOPERTI
Modulo 0 – MYNET.BLUE		
Dentista Fisioterapista Centri Convenzionati	Accesso alle tariffe agevolate tramite il servizio "mynet.blue" di cui all'allegato 1 di polizza. I costi delle prestazioni sono a carico dell'Assicurato.	=====
Modulo 1 - INDENNITA' DA INTERVENTO CHIRURGICO		
Indennità per intervento chirurgico con ricovero, o Day Hospital, intervento ambulatoriale	Indennità in base alla "Tabella Indennizzo Intervento Chirurgico – 7 classi"	Nessuna
Modulo 2 – INDENNITA' GIORNALIERA DA RICOVERO		
Indennità giornaliera - ricovero senza intervento	€50,00 al giorno con il massimo di 200 gg per persona e per annualità assicurativa	1 giorno (esclusi i ricoveri in regime di Day Hospital)

- Day Hospital senza intervento				
Modulo 3 – ALTA DIAGNOSTICA				
Come da elenco	€1.000,00 per persona e per annualità assicurativa	Forma Diretta	Scoperto 15%	Minimo €25,00
		Forma Indiretta	Scoperto 25%	Minimo €50,00
		Ticket SSN	Nessuna	
Modulo 4 – VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI				
Visite specialistiche (esclusi accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio)	€500,00 per persona e per annualità assicurativa con i seguenti limiti per ciascuna visita specialistica:			
		Forma Diretta	€ 60,00	Nessuna
		Forma indiretta	€ 40,00	
		Ticket SSN	Nessuno	
Modulo 6 – NON AUTOSUFFICIENZA				
Garanzia per la non autosufficienza	€500,00 mensili, con il limite di 5 anni a titolo di rimborso spese forfettario, per persona	Nessuna		

Formula Medium

GARANZIE	MASSIMALI/LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIE E SCOPERTI		
Modulo 0 – MYNET.BLUE				
Dentista Fisioterapista Centri Convenzionati	Accesso alle tariffe agevolate tramite il servizio "mynet.blue" di cui all'allegato 1 di polizza. I costi delle prestazioni sono a carico dell'Assicurato	=====		
Modulo 1 - INDENNITA' DA INTERVENTO CHIRURGICO				
Indennità per intervento chirurgico con ricovero, o Day Hospital, intervento ambulatoriale	Indennità in base alla "Tabella Indennizzo Intervento Chirurgico – 7 classi"	Nessuna		
Modulo 2 – INDENNITA' GIORNALIERA DA RICOVERO				
Indennità giornaliera - ricovero senza intervento - Day Hospital senza intervento	€75,00 al giorno con il massimo di 200 gg per persona e per annualità assicurativa	1 giorno (esclusi i ricoveri in regime di Day Hospital)		
Modulo 3 – ALTA DIAGNOSTICA				
Come da elenco	€1.500,00 per persona e per annualità assicurativa	Forma Diretta	Scoperto 15%	Minimo €25,00
		Forma Indiretta	Scoperto 25%	Minimo €50,00
		Ticket SSN	Nessuna	
Modulo 4 – VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI				
Visite specialistiche, accertamenti diagnostici (incluse analisi di laboratorio)	€500,00 per persona e per annualità assicurativa	Forma Diretta	Scoperto 20%	Minimo €40,00
		Forma Indiretta	Scoperto 20%	Minimo €70,00
		Ticket SSN	Nessuna	
Modulo 5 – CURE DENTARIE				
Prestazioni odontoiatriche, come meglio indicate nel "Tariffario Prestazioni"	Forma Diretta	Come da "Tariffario Prestazioni Odontoiatriche"	Nessuna – fatta salva l'eventuale applicazione del rimborso progressivo	
	Ticket SSN			

Odontoiatriche” esclusivamente in relazione a: - Igiene e Prevenzione - Cure di 1° Livello	Non sono garantite le prestazioni odontoiatriche erogate da medici o strutture sanitarie non convenzionate, se non in regime di Servizio Sanitario Nazionale	
Modulo 6 – NON AUTOSUFFICIENZA		
Garanzia per la non autosufficienza	€750,00 mensili, con il limite di 5 anni a titolo di rimborso spese forfettario, per persona	Nessuna

Formula Large

GARANZIE	MASSIMALI/LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIE E SCOPERTI		
Modulo 0 – MYNET.BLUE				
Dentista Fisioterapista Centri Convenzionati	Accesso alle tariffe agevolate tramite il servizio “mynet.blue” di cui all’allegato 1 di polizza. I costi delle prestazioni sono a carico dell’Assicurato	=====		
Modulo 1 - INDENNITA' DA INTERVENTO CHIRURGICO				
Indennità per intervento chirurgico con ricovero, o Day Hospital, intervento ambulatoriale	Indennità in base alla “Tabella Indennizzo Intervento Chirurgico – 7 classi”	Nessuna		
Modulo 2 – INDENNITA' GIORNALIERA DA RICOVERO				
Indennità giornaliera - ricovero senza intervento - Day Hospital senza intervento	€100,00 al giorno con il massimo di 200 gg per persona e per annualità assicurativa	1 giorno (esclusi i ricoveri in regime di Day Hospital)		
Modulo 3 – ALTA DIAGNOSTICA				
Alta Specializzazione, come da elenco	€2.000,00 per persona e per annualità assicurativa	Forma Diretta	Scoperto 15%	Minimo €25,00
		Forma Indiretta	Scoperto 25%	Minimo €50,00
		Ticket SSN	Nessuna	
Modulo 4 – VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI				
Visite specialistiche, accertamenti diagnostici (incluse analisi di laboratorio)	€1.000,00 per persona e per annualità assicurativa	Forma Diretta	Scoperto 20%	Minimo €40,00
		Forma Indiretta	Scoperto 20%	Minimo €70,00
		Ticket SSN	Nessuna	
Modulo 5 – CURE DENTARIE				
Prestazioni odontoiatriche, come meglio indicate nel “Tariffario Prestazioni Odontoiatriche”, esclusivamente in relazione a: - Igiene e Prevenzione - Cure di 1° Livello - Cure di 2° Livello	Forma Diretta	Come da “Tariffario Prestazioni Odontoiatriche”	Nessuna – fatta salva l’eventuale applicazione del rimborso progressivo	
	Ticket SSN			
Non sono garantite le prestazioni odontoiatriche erogate da medici o strutture sanitarie non convenzionate, se non in regime di Servizio Sanitario Nazionale				
Modulo 6 – NON AUTOSUFFICIENZA				
Garanzia per la non autosufficienza	€1.000,00 mensili, con il limite di 5 anni a titolo di rimborso spese forfettario, per persona	Nessuna		

RIVALSA

L’Impresa di Assicurazione 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?

<p>Cosa fare in caso di sinistro?</p>	<p>Denuncia di sinistro: Ad integrazione delle informazioni riportate nel DIP Danni, si aggiungono le seguenti informazioni.</p> <p><u>Forma diretta</u> qualora prevista dalla formula prescelta e qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi del Network Sanitario Convenzionato, prima di accedere alla struttura sanitaria, e comunque con preavviso di almeno 3 giorni lavorativi, deve sempre contattare la Struttura Operativa al numero Blue Assistance S.p.A. che risponde ai seguenti numeri: dall'Italia: 800 19 69 14 e dall'estero: +39 011 742 56 88.</p> <p><u>Forma indiretta</u> nei casi l'Assicurato decida di utilizzare strutture sanitarie convenzionate e di medici non convenzionati e di utilizzo di Istituti di cura e medici non convenzionati, oppure strutture sanitarie e medici non convenzionati o il Servizio Sanitario Nazionale, per la denuncia del sinistro, potrà altresì avvalersi dell'area riservata messa a disposizione dalla Struttura Operativa sul sito www.blueassistance.it, dove avrà la possibilità di caricare autonomamente copia della documentazione medica e di spesa a Sua disposizione.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: sono previste strutture sanitarie e medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) di cui l'Assicurato può avvalersi per le garanzie previste secondo le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - telefonare ai seguenti numeri: 800 19 69 14 dall'Italia e +39 011 742 56 88 dall'estero - dalle ore 08:00 alle ore 18:00 dei giorni feriali e dalle ore 08:00 alle ore 12:00 del sabato, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati; - 24:00 ore su 24:00, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici orientati alla soluzione di problemi d'urgenza. <p>L'elenco delle strutture sanitarie e dei medici è disponibile sia nell'Area riservata del sito www.blueassistance.it oppure sul sito www.aviva.it alla Sezione Prodotti – Persona.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: per la gestione e la liquidazione dei sinistri l'Impresa di Assicurazioni si avvale della Struttura Operativa: Blue Assistance S.p.A., con sede in Via Santa Maria 11 – 10122 Torino.</p> <p>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.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio (quali le informazioni sull'età, sullo stato di salute, sulle malattie pregresse) possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.</p>
<p>Obblighi dell'impresa</p>	<p>L'Impresa di Assicurazione, una volta ricevuta tutta la documentazione utile per il pagamento dell'indennizzo, potrà procedere, in tempi brevi, alla liquidazione del danno</p>



Quando e come devo pagare?


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




Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

	<ul style="list-style-type: none"> • Moduli da 1 a 4 di tutte le Formule: <ul style="list-style-type: none"> - per gli infortuni: dalle ore 24:00 del giorno in cui, a seguito del pagamento del premio, ha effetto l'assicurazione; - per le malattie: dalle ore 24:00 del 30° giorno successivo a quello in cui, a seguito del pagamento del premio, ha effetto l'assicurazione; - per il parto: dalle ore 24:00 del 300° giorno successivo a quello in cui, a seguito del pagamento del premio, ha effetto l'assicurazione; - per le conseguenze di stati patologici insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula del contratto sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipula: dalle ore 24 del 180° giorno successivo a quello in cui, a seguito del pagamento del premio, ha effetto l'assicurazione; - per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e per l'aborto terapeutico: dalle ore 24:00 del 30° giorno successivo a quello in cui, a seguito del pagamento del premio, ha effetto l'assicurazione, soltanto se la gravidanza ha avuto inizio dopo la decorrenza dell'assicurazione stessa. • Modulo 5 – Cure dentarie: con riferimento alla data in cui le prestazioni odontoiatriche si rendano necessarie, sono previsti i seguenti scaglioni di periodi di carenza e percentuali di rimborso progressive: <table border="1" data-bbox="483 647 1409 922"> <thead> <tr> <th>LIMITE DI ASSISTENZA</th> <th>TEMPO IN MESI DALLA DATA DI DECORRENZA DELLA POLIZZA</th> <th>% DI RIMBORSO SPETTANTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Igiene e prevenzione</td> <td>0</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Cure di primo livello</td> <td>Fino a 3 mesi</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Da 3 a 6 mesi</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>Oltre 6 Mesi</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">Cure di secondo livello</td> <td>Fino a 3 mesi</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Da 3 a 6 mesi</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>Da 6 a 12 mesi</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>Oltre 12 mesi</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> • Modulo 6 – Non autosufficienza: <ul style="list-style-type: none"> - per gli infortuni: dalle ore 24:00 del giorno in cui, a seguito del pagamento del premio, ha effetto l'assicurazione - per la malattia: 6 mesi da quello in cui, a seguito del pagamento del premio, ha effetto l'assicurazione. 	LIMITE DI ASSISTENZA	TEMPO IN MESI DALLA DATA DI DECORRENZA DELLA POLIZZA	% DI RIMBORSO SPETTANTE	Igiene e prevenzione	0	100%	Cure di primo livello	Fino a 3 mesi	0	Da 3 a 6 mesi	50%	Oltre 6 Mesi	100%	Cure di secondo livello	Fino a 3 mesi	0	Da 3 a 6 mesi	30%	Da 6 a 12 mesi	60%	Oltre 12 mesi	100%
LIMITE DI ASSISTENZA	TEMPO IN MESI DALLA DATA DI DECORRENZA DELLA POLIZZA	% DI RIMBORSO SPETTANTE																					
Igiene e prevenzione	0	100%																					
Cure di primo livello	Fino a 3 mesi	0																					
	Da 3 a 6 mesi	50%																					
	Oltre 6 Mesi	100%																					
Cure di secondo livello	Fino a 3 mesi	0																					
	Da 3 a 6 mesi	30%																					
	Da 6 a 12 mesi	60%																					
	Oltre 12 mesi	100%																					
Sospensione	Non è prevista la sospensione delle garanzie.																						

 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?	
<p>Il prodotto è rivolto alle persone fisiche, di età compresa da 1 a 64 anni, interessate a ricevere un'indennità in caso di intervento chirurgico, a seguito di infortunio o malattia, e ad ottenere l'accesso a prestazioni mediche a tariffe agevolate. In base alle esigenze del cliente e alle formule modulari disponibili, permette altresì di ottenere una o più delle seguenti prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - indennità giornaliera in caso di ricovero e/o day hospital; - rimborsi per prestazioni di alta diagnostica; - rimborsi per visite specialistiche e accertamenti diagnostici; - rimborsi per ticket sanitari, - cure dentarie e - rimborso forfettario per non autosufficienza (per soggetti di età compresa tra 20 e 64 anni). 	

La Formula Speciale Giovani è rivolta alle persone fisiche di età compresa tra 1 e 34 anni interessate a ricevere:

- un'indennità giornaliera in caso di ricovero e Day Hospital per infortunio o malattia;
- rimborsi per prestazioni odontoiatriche;
- un'indennità in caso di ingessatura da infortunio;
- rimborsi per trattamenti fisioterapici e riabilitazione da infortunio;
- il rimborso dei ticket sanitari.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione

la quota parte percepita in media dagli Intermediari è pari al 20,3% sul premio imponibile – al netto delle imposte.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti o il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Impresa di Assicurazione:</p> <p>Aviva Italia S.p.A. - SERVIZIO RECLAMI Via A. Scarsellini, 14 - 20161 Milano fax 02 2775.245 indirizzo e-mail: cureclami@aviva.com</p> <p>L'Impresa di Assicurazione darà riscontro entro quarantacinque giorni dalla data di ricevimento del reclamo. I reclami presentati all'Impresa di Assicurazione con riferimento ai comportamenti di Broker, loro dipendenti e/o collaboratori, saranno trasmessi senza ritardo all'intermediario stesso dandone contestuale notizia al reclamante.</p>
All'IVASS	<p>Nel caso in cui il reclamo presentato all'Impresa Assicuratrice abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pecivass.it. Info su: www.ivass.it.</p>

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	<p>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).</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p><u>Arbitrato</u></p> <p>In caso di controversie di natura medica, sulla natura della malattia o 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.</p> <p>Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Le gale, 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.</p> <p>È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel quale caso il Collegio può intanto concedere un acconto sull'indennizzo.</p>

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

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE DISPONE DI UN'AREA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA.

PAGINA LASCIATA VOLUTAMENTE BIANCA