



Nota Informativa

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Informiamo che nel sito www.aviva.it è possibile accedere all'Area Clienti selezionando l'apposito link presente in home page: dopo la registrazione l'utente riceverà la password al suo indirizzo di posta elettronica.

A. INFORMAZIONI SULLA SOCIETÀ DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni Generali

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.

Indirizzi di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: aviva_italia_spa@legalmail.it
- per informazioni relative a liquidazioni sinistri: liquidazione_sinistri@avivaitalia.it.

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 Provvedimento 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.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

Dall'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Aviva Italia S.p.A. è pari a Euro 106.281.398,00 di cui il Capitale Sociale ammonta a Euro 45.684.000,00 e le Riserve Patrimoniali a Euro 60.596.998,00.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione riferito alla gestione danni è pari a 131,40%.

L'indice di solvibilità rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

AVVERTENZA: Il contratto offerto è stipulato con tacito rinnovo; in mancanza di disdetta formalizzata dall'Assicurato alla Società, rispettando i termini sotto riportati, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata dalle Parti a mezzo lettera raccomandata, almeno 15 giorni prima della scadenza del contratto.

Per maggiori dettagli si rinvia all'Art.11 Durata e Proroga dell'Assicurazione delle Condizioni di Assicurazioni.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Nel corso della durata contrattuale, la Società garantisce una o più delle seguenti coperture assicurative, a seconda della Formula assicurativa e dei Moduli prescelti ed indicati nella Polizza:

- 1) Indennità da intervento chirurgico;
- 2) Indennità giornaliera da ricovero;
- 3) Alta diagnostica;
- 4) Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (incluse analisi di laboratorio);
- 5) Cure dentarie;
- 6) Non autosufficienza.

1) INDENNITA' DA INTERVENTO CHIRURGICO

La Società garantisce all'Assicurato una indennità per interventi chirurgici resi necessari da malattia o infortunio.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia ai seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

Art.22 Indennità da intervento chirurgico - Oggetto dell'assicurazione, Art.23 Classificazione degli interventi chirurgici in 7 classi e all'Allegato "Classificazione degli interventi chirurgici in 7 classi".

2) INDENNITA' GIORNALIERA DA RICOVERO

La Società riconosce un'indennità giornaliera per ciascun giorno di ricovero e di Day Hospital in Istituto di Cura senza intervento chirurgico entro i limiti indicati nella Formula stessa, reso necessario da malattia o infortunio.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 24 Indennità giornaliera da ricovero – Oggetto dell'assicurazione, delle Condizioni di Assicurazione.

3) ALTA DIAGNOSTICA

La Società rimborsa, entro il limite massimo indicato nella Formula Assicurativa prescelta, le prestazioni di "alta specializzazione" di cui all'elenco riportato nelle Condizioni di Assicurazione.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 25 Alta diagnostica – Oggetto dell'assicurazione, delle Condizioni di Assicurazione.

4) VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (incluse analisi di laboratorio)

La Società rimborsa entro il limite massimo indicato nella Formula Assicurativa prescelta le spese per:

- a) 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;
- b) onorari medici per visite specialistiche prescritte dal medico curante e degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici resi necessari da infortunio.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 26 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici – Oggetto dell'assicurazione, delle Condizioni di Assicurazione.

5) CURE DENTARIE

La Società garantisce le cure odontoiatriche rese necessarie da malattia o infortunio e le prestazioni di igiene e prevenzione limitatamente alle prestazioni elencate nel "Tariffario Prestazioni Odontoiatriche", entro i limiti tariffari e nel rispetto dei vincoli temporali e tecnici ivi menzionati, a seconda di quanto indicato nella Formula assicurativa prescelta.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 28 Cure dentarie – Oggetto dell'assicurazione e al Tariffario Prestazioni Odontoiatriche delle Condizioni di Assicurazione.

6) NON AUTOSUFFICIENZA

La Società garantisce un rimborso spese mensile forfettario, pari all'importo indicato nella Formula prescelta, fino ad un massimo di 5 anni, qualora l'Assicurato si trovi in uno stato di non autosufficienza, a causa di infortunio o malattia.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 31 Oggetto dell'assicurazione, Art. 32 Esonero dal pagamento del premio, Art. 33 Condizioni di pagamento delle prestazioni, delle Condizioni di Assicurazione.

E' sempre operante, indipendentemente dalla Formula prescelta, il Modulo 0 "Mynet.blue", che garantisce l'accesso ai servizi di Mynet.blue.

La Formula Speciale Giovani non è modulare e garantisce, qualora prescelta dall'Assicurato, le seguenti garanzie:

- Indennità giornaliera da ricovero;
- Prestazioni odontoiatriche a seguito di infortunio;
- Indennità da gessatura da infortunio;
- Trattamenti fisioterapici e riabilitazione da infortunio;
- Ticket SSN;
- Accesso ai servizi Mynet.blue.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 35 Indennità giornaliera da ricovero – Art. 36 Prestazioni odontoiatriche a seguito di infortunio – Art. 37 Indennità da gessatura da infortunio – Art. 38 Trattamenti fisioterapici e riabilitazione da infortunio – Art. 39 Ticket SSN – Art. 21 Accesso ai servizi di mynet.blue, delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Il contratto prevede limiti di età per l'entrata in copertura delle persone ed un limite massimo di età assicurabile, a seconda dei Moduli e della Formula prescelta dall'Assicurato. Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'Art.6 Limite di età delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Il contratto prevede criteri di assicurabilità che, qualora non rispettati, possono portare alla cessazione della copertura assicurativa e, pertanto, alla non indennizzabilità di un eventuale sinistro. Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'Art.5 Persone Assicurate delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza di scoperti, massimali ed esclusioni che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

Per gli aspetti di maggior dettaglio in riferimento a scoperti e massimali (diversificati a seconda della Formula prescelta dall'Assicurato), si rinvia all'Art.8 Somme assicurate e massimali; Art.20 – Garanzie prestate, operatività massimali, franchigie e scoperti, Art.43 Formule assicurative delle Condizioni di Assicurazione.

Per gli aspetti di maggior dettaglio in riferimento alle esclusioni, si rinvia all' Art.40 Esclusioni Contrattuali a valere per tutte le garanzie previste da tutti i moduli e formule disponibili nel presente contratto, Art. 41 Esclusioni contrattuali relative alle cure dentarie (Modulo 5), Art. 42 Esclusioni contrattuali relative alla garanzia di non autosufficienza (Modulo 6), delle Condizioni di Assicurazione.

ESEMPIO DI LIQUIDAZIONE DI SINISTRO

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento dei limiti d'indennizzo, scoperti e franchigie.

1) INDENNITA' DA INTERVENTO CHIRURGICO

CLASSE INTERVENTO	REGIME SSN O PRIVATO	FORMULA	INDENNIZZO
Cisti tronco/arti asportazione => classe intervento I	Privato	Small	€ 0,00
Bypass aorto coronarico singolo o multiplo => classe intervento VI	Privato	Medium	€ 5.000,00
Bypass aorto coronarico singolo o multiplo => classe intervento VI	SSN	Large	€ 8.000,00

2) INDENNITA' GIORNALIERA DA RICOVERO

PRESTAZIONE	GIORNI DI RICOVERO	FORMULA	INDENNIZZO
Ricostruzione Legamento crociato ginocchio (intervento)	3	Medium	3gg – 1g franchigia = 2gg 2gg * € 75,00 = € 150,00

3) ALTA DIAGNOSTICA

PRESTAZIONE	COSTO DELLA PRESTAZIONE	STRUTTURA / TIPO PAGAMENTO	FORMULA	INDENNIZZO
RMN	€200,00	Network Convenzionato / Forma diretta	Small	Scop 15% € 30,00 (min. € 25,00) Indennizzo = € 200,00 – € 30,00 => € 170,00
TAC	€ 60,00	SSN / Ticket	Medium	€ 60,00 (rimborso totale)

4) VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (incluse analisi di laboratorio)

PRESTAZIONE	COSTO DELLA PRESTAZIONE	STRUTTURA / TIPO PAGAMENTO	FORMULA	INDENNIZZO
Visita specialistica	€ 250,00	Network Convenzionato / Forma Diretta	Small	€ 60,00
Visita specialistica	€ 250,00	Network Convenzionato / Forma Diretta	Medium	Scop 20% € 50,00 = (min. € 40) Indennizzo = € 250,00 - € 50,00 => € 200,00
Analisi di laboratorio	€ 60,00	SSN/Ticket	Large	€ 60,00 (rimborso totale)

5) CURE DENTARIE

TIPO DI PRESTAZIONE	COSTO DELLA PRESTAZIONE	TEMPO TRASCORSO DALLA SOTTOSCRIZIONE DELL'ASSICURAZIONE	TIPO STRUTTURA / PAGAMENTO	FORMULA	INDENNIZZO
Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici) => Cura di 1° livello	€ 65,00 (costo in convenzione)	2 mesi	Network convenzionato / Forma diretta	Medium	Nessuno (per periodo di carenza)
Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici) => Cura di 1° livello	€ 65,00 (costo in convenzione)	5 mesi	Network convenzionato / Forma diretta	Medium	50% (per periodo di carenza) => €32,50 di indennizzo
Rizotomia => Cura di 2° livello	€ 70,00	9 mesi	Ticket SSN	Medium	Nessuno (le Cure di 2° livello non sono comprese nella Formula)
Rizotomia => Cura di 2° livello	€ 50,00	9 mesi	Ticket SSN	Large	60% (per periodo di carenza) => € 30,00 di indennizzo
Rizotomia => Cura di 2° livello	€ 70,00	13 mesi	Network convenzionato / Forma diretta	Large	€ 70,00

FORMULA SPECIALE GIOVANI

GARANZIA	PRESTAZIONE	COSTO DELLA PRESTAZIONE	STRUTTURA / TIPO PAGAMENTO	INDENNIZZO
Indennità giornaliera da ricovero	3gg di ricovero	Indifferente	Indifferente	3gg ricovero – 1g di franchigia = 2gg ricovero * € 50,00 => € 100,00 di indennizzo
Prestazioni odontoiatriche da infortunio	Cura odontoiatrica da infortunio	€ 500,00	Indifferente	€ 500,00
Indennità da gessatura da infortunio	20 gg di ingessatura da infortunio		Indifferente	€ 50,00*20gg= € 1.000,00
Trattamenti fisioterapici da infortunio	Ciclo fisioterapico a seguito infortunio	€ 500,00	Indifferente	€ 500,00
Ticket SSN	Visita specialistica	€ 60,00	SSN	€ 60,00

4. Carenze

AVVERTENZA: il contratto prevede periodi di carenza, ovvero periodi di tempo immediatamente successivi alla data di stipulazione dell'assicurazione durante i quali le prestazioni/garanzie non sono efficaci o sono ridotte. Tali periodi di carenza sono diversi a seconda della garanzia. Per aspetti di maggior dettaglio, si rinvia all'Art.13 Carenza e Art.29 Cure dentarie - Carenza e percentuali di rimborso progressive, delle Condizioni di Assicurazione.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

AVVERTENZA: Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio in sede di conclusione del contratto da parte del Contraente o dell'Assicurato potrebbero comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, Art. 5 Persone assicurate, Art. 40 Esclusioni contrattuali a valere per tutte le garanzie previste da tutti i Moduli e Formule disponibili nel presente contratto, delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Per le coperture assicurative di cui al presente contratto, deve essere compilato e sottoscritto il questionario sanitario da parte di ogni Assicurato in maniera completa, precisa e veritiera.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. **Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art.1898 del Codice Civile.** Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 3 Aggravamento del rischio delle Condizioni di Assicurazione.

7. Premi

La polizza Aviva Salute Smart ha durata annuale. In ogni caso non sono di norma ammesse polizze di durata inferiore all'anno.

Il pagamento del premio avviene con periodicità annuale. **Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art.9 Decorrenza dell'assicurazione, Art. 10 Pagamento e frazionamento del premio, Art. 12 Modifica dei premi al rinnovo annuale, delle Condizioni di Assicurazione.**

I premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è stata assegnata la polizza oppure alla Società.

I mezzi di pagamento consentiti sono:

- assegno bancario/circolare/postale munito della clausola di "non trasferibilità";
- bonifico bancario;
- denaro contante, con il limite massimo previsto dalle normative vigenti;
- carta di credito;
- carta di debito.

AVVERTENZA: La Società o l'Intermediario potranno applicare sconti di premio (più di 2 persone) in base al numero di persone assicurate.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed il premio, non sono soggetti ad adeguamento in proporzione delle variazioni percentuali del "numero indice nazionale dei servizi sanitari e spese per la salute" elaborato dall'istituto centrale di statistica (ISTAT).

Tuttavia, in occasione di ogni scadenza annuale, il premio di rinnovo potrà essere modificato dalla Società. La Società deve inviare al Contraente, almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto, una comunicazione scritta con indicate le modalità di rinnovo ed il premio annuo per la nuova annualità assicurativa.

Per maggiori dettagli si rinvia all'Art.12 Modifica dei premi al rinnovo annuale delle Condizioni di Assicurazione.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile, 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.

10. Legge applicabile al contratto

Ai sensi dell'art.180 del Codice delle Assicurazioni, al contratto si applicherà la legge Italiana.

11. Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi sono soggetti ad imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

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

A. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA: L'insorgenza del sinistro coincide con il momento in cui si verifica il fatto dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

In caso di sinistro l'Assicurato, o i suoi aventi diritto, deve darne avviso scritto alla Struttura Operativa quando ne ha avuto conoscenza, e comunque, non oltre il trentesimo giorno dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile. L'inadempimento di tale obbligo potrebbe comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

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

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

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

L'Assicurato, nei casi di Forma di Rimborso Indiretta, per la denuncia del sinistro, potrà 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.

L'Assicurato deve fornire la documentazione medica sulla natura della patologia che ha dato luogo alla prestazione con la data di insorgenza della malattia o la data dell'infortunio o esiti di esami strumentali o altra documentazione medica utile a determinarne la comparsa. Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'italiano, dall'inglese, dal francese e dal tedesco deve essere corredata di traduzione in italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione restano a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

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

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

Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 45 Responsabilità, Art.46 Obblighi dell'assicurazione in caso di sinistro, Art.51 Procedura per la liquidazione sinistri cure odontoiatriche da malattia – Modalità operative per l'attivazione della copertura odontoiatrica, Art.54 Modalità operative sinistri per la garanzia di non autosufficienza, delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: per la gestione e liquidazione dei sinistri la Società si avvale di una Struttura Operativa esterna, Blue Assistance S.p.A.. Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 43 – Struttura Operativa.

13. Assistenza diretta - Convenzioni

AVVERTENZA: Il presente contratto, a seconda delle Formule e dei Moduli prescelti dal singolo Assicurato, prevede anche la Forma di rimborso Diretta, ovvero, qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di strutture sanitarie convenzionate e di medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato), attivandosi preventivamente con la Struttura Operativa, la Società paga direttamente alla struttura sanitaria convenzionata le spese rimborsabili a termini di contratto.

Per le prestazioni in Forma Diretta, è necessario verificare in anticipo la possibilità di eseguirle in forma diretta contattando telefonicamente la Struttura Operativa.

Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 48 Forme di rimborso – diretta ed indiretta, Art. 49 Forma diretta – Modalità operative e criteri di liquidazione, delle Condizioni di Assicurazione.

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

L'elenco delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) è comunque disponibile nell'Area riservata del sito www.blueassistance.it, dove viene aggiornato in tempo reale.

14. Reclami

Gli eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società – **SERVIZIO RECLAMI** – con Sede in Milano – Via Scarsellini 14 – numero di fax 02/2775.245 – indirizzo e-mail cureclami@avivaitalia.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 00187 ROMA.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, utilizzando l'apposito modello reperibile nella sezione "Reclami" del sito della Società, dovranno contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato con una breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società ed eventuale riscontro fornito dalla stessa, nonché ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere ai seguenti sistemi conciliativi previsti a livello normativo o convenzionale:

- **Mediazione obbligatoria**, prevista dal Decreto Legislativo 28/2010 e successive modificazioni introdotte con il decreto legge 69/2013 convertito, con modificazioni, nella legge 98 del 09/08/2013. Per avviare la mediazione occorre, con l'assistenza di un avvocato, presentare un'istanza ad uno degli Organismi di mediazione imparziali iscritti nell'apposito registro istituito presso il Ministero di Giustizia (consultabile sul sito www.giustizia.it) ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia. Tale sistema costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale in relazione ai contratti assicurativi in generale;
- **Negoziazione assistita**, prevista dal Decreto legge 132/2014 convertito, con modificazioni, nella legge 162 del 10/11/2014. Tale sistema costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale per chi intenda:
 - esercitare in giudizio un'azione in materia di risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti;oppure
 - proporre in giudizio una domanda di pagamento a qualsiasi titolo di somme non eccedenti € 50.000,00 ad eccezione delle controversie assoggettate alla disciplina della cosiddetta mediazione obbligatoria (ovvero esclusi i contratti assicurativi in generale).

15. Controversie / Arbitrato

In caso di controversie di natura medica, sulla natura della malattia o infortunio, sulla classificazione degli interventi ai sensi dell'Art. 23 delle Condizioni di Assicurazione 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, qualora 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.

Si rinvia all'Art. 16 Controversie / Arbitrato delle Condizioni di Assicurazione.

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

Aviva Italia S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

**Il Rappresentante Legale
PATRICK DIXNEUF**



GLOSSARIO

Assicurato

Il soggetto, residente nel territorio della Repubblica Italiana, il cui interesse é protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

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

Carenza

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

Centro medico

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

Chirurgia 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).

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione nell'interesse proprio e di altre persone.

Day Hospital

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

Difetto fisico

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

Evento

- Garanzie Ospedaliere: singolo ricovero, Day Hospital o intervento chirurgico ambulatoriale.
La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero, il Day Hospital o l'intervento chirurgico ambulatoriale.
- Garanzie Extraospedaliere: tutti gli accertamenti, le visite, i trattamenti, le cure e gli esami riguardanti la stessa patologia, prescritti ed inviati contemporaneamente; la data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Formula Assicurativa

Il documento nel quale sono indicate le coperture prestate.

Franchigia

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

Gessatura

L'immobilizzazione di uno o più arti o articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimovibile unicamente da personale medico o paramedico; si considera equiparata a gessatura l'immobilizzazione totale conseguente a frattura radiologicamente accertata del bacino, del femore, dell'anca, delle costole, della colonna vertebrale, frattura cranica, che si considera necessaria per inapplicabilità della gessatura.

Indennizzo o Indennità

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

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

Intermediario assicurativo

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.

Intervento chirurgico

Tecnica terapeutica cruenta applicata su tessuti viventi effettuato da medico chirurgo abilitato presso Istituto di Cura, Centro Medico, mediante l'uso di strumenti operatori o mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Intervento chirurgico ambulatoriale

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

Istituto di Cura

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

Livello di assistenza odontoiatrico

Insieme di prestazioni odontoiatriche ragionevolmente omogeneo per obiettivo terapeutico ed intensità di cura.

Malattia

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

Malformazione

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

Massimale

La spesa massima rimborsabile per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno di copertura; **qualora 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 5 anni del rimborso mensile forfettario previsto nella Formula Assicurativa prescelta.

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.

Nucleo familiare

Costituiscono il nucleo familiare esclusivamente:

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

Pagamento diretto o forma diretta

Il pagamento che la Società, 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.

Patologia preesistente

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

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Presa in carico

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

Prestazioni intramoenia

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

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

Questionario Sanitario

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

Ricovero

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

Rimborso

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

Scoperto

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

Sinistro

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

Società

Aviva Italia S.p.A.

Struttura Operativa

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

Strutture Sanitarie e Medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato)

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

SSN

Servizio Sanitario Nazionale.

Trattamenti fisioterapici e rieducativi

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate esclusivamente presso Istituti di Cura, Centri Medici e medici specialisti regolarmente iscritti all'Albo, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio; **ogni ciclo di trattamenti fisioterapici e rieducativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.**

Visita specialistica

La visita effettuata da medico fornito di specializzazione, **escluse le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria**, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. **Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative.**

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 e Partita IVA 09197520159 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 18652 del 09/10/1990 (Gazzetta Ufficiale n. 247 del 22/10/1990) e con Provv. ISVAP n. 2282 del 25/05/2004 (Gazzetta Ufficiale n. 128 del 03/06/2004) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1,00091 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00005

