

POLIZZA RSM
Rimborso Spese Mediche
CIG 93253767B7
CUI S80012650158202200004

CONTRAENTE IL FONDO SANITARIO

CASSA PREVILINE ASSISTANCE CODICE FISCALE 97149130151
--

ASSOCIATO

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO Via Festa del Perdono, 7 - 20122 MILANO
CODICE FISCALE 80012650158

e

SOCIETA' ASSICURATRICE

POSTE ASSICURA CODICE FISCALE 07140521001
--

Durata del contratto
n. 27 (ventisette) mesi dalle 00:00 del 01 ottobre 2022

Con scadenze dei periodi di assicurazione al 31.12 di ogni annualità

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL PRESENTE CAPITOLATO

Accertamento diagnostico

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

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Assicurato/Beneficiario

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione, nello specifico:

- Personale tecnico amministrativo e bibliotecario (PTAB a tempo determinato e indeterminato, personale collaboratore esperto linguistico), dirigenti, personale docente e ricercatore (ricercatori/ricercatrici, professori/professoressse associati/e e ordinari/e) e assegnisti/e nonché dottorandi/e e specializzandi/e con borsa dell'Associato, Università degli Studi di Milano (si veda Allegato 1).
- Nucleo familiare del personale tecnico amministrativo e bibliotecario e del personale docente e ricercatore (PTAB a tempo determinato e indeterminato, CEL, dirigenti, ricercatori/ricercatrici, professori/professoressse associati/e e ordinari/e) intendendosi per tale, il/la coniuge o il/la convivente more uxorio ed i figli fino al compimento del trentesimo anno di età, questi ultimi anche non conviventi purché risultanti dallo stato di famiglia (si veda Allegato 2).

Assistenza diretta

Le prestazioni assicurative della polizza in caso di ricovero effettuato in strutture sanitarie private utilizzando personale medico ambedue convenzionati; in questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da parte della Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati.

Assistenza indiretta

Il pagamento da parte della Società all'Assicurato/a di quanto dovuto a termini di polizza, dietro prestazione delle relative fatture, notule, distinte e ricevute.

Associato

Università degli Studi di Milano.

Broker

Il soggetto incaricato dall' Associato della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.

Case Manager

Infermiere responsabile dell'accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie, identifica i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive della persona e sviluppa poi il PAI che risponde alle necessità identificate.

Centrale Operativa

È la struttura della Società costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla polizza. La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a: organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato/a, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate; fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

Centri convenzionati

Poliambulatorio, centro specialistico, diagnostico (sia di diagnostica per immagini che di laboratorio), strutture fisioterapiche.

Contraente

Il Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza) CASSA PREVILINE ASSISTANCE, iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che stipula la polizza per conto dell'Associato.

Data evento

Per i ricoveri si intende quella in cui avviene il ricovero; a questa fanno riferimento tutte le spese connesse all'evento (precedenti, concomitanti e successive, anche non in vigore di contratto nei limiti del periodo di post ricovero) rimborsabili a termini della copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente effettuata.

Day-hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Difetto fisico

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

Documentazione medica

Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

Franchigia

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

Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto l'importo garantito.

Indennità sostitutiva (Diaria)

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero e in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad essi comunque connesse.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Malattia

Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio.

Malformazione

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

Massimale

L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato/a per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Network

Rete di Strutture Sanitarie e Personale Sanitario convenzionati con la Società, ai quali l'Assicurato/a può rivolgersi per usufruire dei Ricoveri e delle prestazioni sanitarie coperte dalla presente Polizza in regime di Assistenza Diretta.

Nucleo familiare

Coniuge fiscalmente a carico e non, (in alternativa al coniuge, il convivente more uxorio), la parte dell'unione civile, i figli fiscalmente a carico, anche non conviventi, fino al compimento del trentesimo anno di età.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato/a.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

Società

Poste Assicura.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico, tra cui i centri diagnostici (sia di diagnostica per immagini che di laboratorio), gli Studi odontoiatrici, i Centri di fisioterapia e gli Studi medici e relativi medici chirurghi, con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

SEZ. - A - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE PREMESSA

Le prestazioni oggetto della presente assicurazione confluiranno all'interno del Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza), iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, con cui l'Università stipulerà apposita convenzione e dovranno essere garantite dalla Compagnia aggiudicataria della presente procedura di evidenza pubblica.

Le relative spese di adesione sono ricomprese nei premi pattuiti.

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00:00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i 90 giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Si precisa che unicamente per i Soggetti Beneficiari di cui all'allegato 2 (Famigliari del personale tecnico amministrativo e bibliotecario e Famigliari del personale docente dell'Associato/Università degli Studi di Milano), il relativo pagamento del premio dovrà essere corrisposto entro 180 giorni dall'effetto dell'assicurazione.

In tale caso, se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 180° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Si precisa inoltre che se dai controlli effettuati dall'Equitalia Spa, in ottemperanza del D.M. n. 40 del 2008, risultasse un inadempimento a carico della/e Società, la/e stessa/e si impegna/no a ritenere in copertura il rischio, anche oltre i termini di mora, fino al termine delle procedure di verifica imposte dall'Art. 3 del D.M. precedentemente richiamato.

A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto ha durata dalle ore 00:00 del 01.10.2022 al 31.12.2024. Il primo periodo assicurativo avrà durata di 15 mesi e per tale periodo il premio si intenderà quello annuo, fermi i massimali annui.

L'associato si riserva la facoltà, ai sensi dell'art. 35 del D.Lgs 50/2016 ss.mm. e ii., di rinnovare il contratto per una durata pari ad anni due (fino al 31.12.26), previo assenso anche della società. La Stazione appaltante effettuerà la richiesta di rinnovo alla Società 210 giorni prima della scadenza, e la Società si impegna a esprimere la propria volontà entro i successivi 30 giorni. In occasione della scadenza del 31.12.26, l'associato ha ancora una volta la facoltà di rinnovare per ulteriori due anni (fino al 31.12.2028) con le stesse modalità previste per il primo rinnovo.

A.2.1 NUOVI SOGGETTI BENEFICIARI

Potranno entrare in corso di vigenza contrattuale il Personale di nuova assunzione, fermo quanto disciplinato al successivo Art. A.3 "Pagamento e regolazione del Premio".

Fatto salvo per quanto sopra disciplinato, si precisa che per i Soggetti **Beneficiari di cui all'allegato 1 al punto elenco B, C e D** nonché per i Soggetti **Beneficiari di cui all'allegato 2**

(Famigliari) che non aderiranno alla presente assicurazione entro la data di decorrenza del contratto, sarà possibile entrare in copertura unicamente alla decorrenza di ciascun anno successivo al primo, mediante comunicazione dell'Associato (Università degli Studi di Milano) alla Società entro 20 giorni dalla predetta decorrenza.

A.2.2 INTERRUZIONE COPERTURA ASSICURATIVA SOGGETTI BENEFICIARI

Per i Soggetti **Beneficiari di cui all'allegato 1 al punto elenco B, C e D** nonché per i Soggetti **Beneficiari di cui all'allegato 2 (Famigliari)**, sarà possibile non confermare la volontà ad aderire alla copertura assicurativa per la successiva annualità assicurativa, perdendo tuttavia il diritto a rientrare fino al termine ultimo del contratto.

La comunicazione di non confermare tale volontà dovrà tassativamente essere comunicata dall'Associato (Università degli Studi di Milano) alla Società entro 20 giorni dalla scadenza di ogni annualità assicurativa.

A.3 PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio annuo per il complesso delle prestazioni indicate, comprensivo di oneri fiscali corrisponde al prezzo offerto in ribasso sull'importo lordo annuo pro-capite posto a base di gara per ciascun Assicurato/Beneficiario. Si specifica che la prima annualità è da intendersi relativa al periodo dal 1.10.2022 al 31.12.2023; anche per tale periodo il premio annuo lordo pro capite sarà il medesimo individuato ai sensi del precedente capoverso.

Il premio viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza, sulla base di un numero a preventivo degli Assicurati/Beneficiari ed è regolato alla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio. Alla scadenza di ciascuna annualità si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in conseguenza delle inclusioni avvenute e comunicate nel corso dell'anno.

Le inclusioni di assicurati dovute a personale di nuova assunzione, sono così regolamentate:

- se avvenute nel primo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se avvenute nel secondo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione del 60% del premio annuo.

Eventuali esclusioni di assicurati, avvenute in corso d'anno, non daranno luogo a rimborso del premio che si considera acquisito dalla Società. Pertanto la copertura assicurativa cesserà alla scadenza dell'annualità.

Le uscite o gli ingressi di assicurati che si verificheranno nel corso dell'annualità assicurativa dovranno essere comunicati dall'Associato, a mezzo posta elettronica alla Società per tramite del broker.

- Nel caso di nuova assunzione la garanzia decorrerà dalle ore 00:00 della data di assunzione stessa per gli assicurati di cui all'allegato 1 con premio a carico dell'Ateneo. Le nuove assunzioni saranno comunicate entro il 10 del mese successivo a quello di decorrenza. Il ritardo di comunicazione non potrà comunque essere superiore a 60 giorni, oltre i quali l'assicurazione decorrerà dalla data di effettiva comunicazione come sopra indicato, pena la decadenza del diritto all'indennizzo.
- Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex dipendente e gli eventuali familiari assicurati, verranno mantenuti nella garanzia fino alla prima scadenza annuale successiva alla data di cessazione del rapporto di lavoro.

Le differenze attive dovute a termini del presente articolo dovranno essere pagate entro 90 giorni da quello in cui la Società ha presentato all'Ateneo il relativo conto di regolazione.

A.4 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO e OBBLIGHI DELLA SOCIETA' IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato/a deve presentare denuncia alla Società/Cassa con la massima sollecitudine possibile a partire dal momento in cui ne viene a conoscenza. Tale comunicazione deve essere correlata della necessaria documentazione medica.

Obbligo della Società di fornire dati sull'andamento del rischio.

Entro i 15 (quindici) giorni solari successivi al termine di ogni semestre di polizza, la Società, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Associato l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza della polizza. Tale elenco dovrà essere fornito in formato *excel* tramite *file* modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura), dovrà riportare il riepilogo - diviso per categoria (personale e famigliari) - delle prestazioni erogate ed il relativo costo. A richiesta dell'associato, la compagnia fornirà l'elenco analitico dei sinistri epurato dei dati sensibili. Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono all'Associato di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate o con ulteriori dati ad integrazione. Le predette statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche. La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 15 (quindici) giorni solari dalla ricezione della richiesta inviata mediante PEC dall'Associato e/o dal broker.

A.5 CLAUSOLA BROKER

Resta inteso tra le Parti che al Broker di cui l'Associato si avvale è affidata la gestione e l'esecuzione della presente polizza.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della stessa, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dall'Assicurato/a al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori si intenderà come fatta dall'Assicurato/a stesso/a.

Gli Assicuratori inoltre, riconoscono che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker sopra designato e riconoscono che tale atto è liberatorio per l'Assicurato/a.

A.6 TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società assicuratrice, la Società di brokeraggio, nonché ogni altra impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto sono impegnate ad osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla legge 12 agosto 2010 n. 136 e ss.mm.ii. I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire - salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il codice identificativo di gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione Appaltante. Il mancato

assolvimento degli obblighi previsti dall'art.3 della citata legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

A.7 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

A.8 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

A.9 FORO COMPETENTE

Per le eventuali controversie, il Foro competente è esclusivamente quello di Milano.

A.10 TERMINI DI PRESCRIZIONE

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente polizza è di due anni a norma dell'art. 2952 c.c.

A.11 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente previsto, si farà espresso riferimento alle norme dettate dal Codice civile e dalle leggi in materia.

A.12 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'Assicurato/a di darne avviso in caso di sinistro.

A.13 SERVIZI DI GESTIONE

La Società dovrà garantire i seguenti servizi per la gestione delle pratiche:

- a) fornire un numero telefonico da contattare senza oneri per l'Assicurato/a, dedicato all'Università degli Studi di Milano;
 - b) fornire un indirizzo email dedicato all'Università degli Studi di Milano;
- obbligo di risposta via mail entro sette giorni solari che decorrono dalla data di invio della richiesta da parte dell'Assicurato/a; per il numero telefonico dedicato, tempi di attesa massimi pari a 15 minuti per parlare con un operatore;**
- d) **entro 30 giorni solari** dall'inserimento della richiesta la Società dovrà: evadere la pratica predisponendo la liquidazione, respingere la pratica con obbligo di motivazione o sospendere la pratica richiedendo eventuale documentazione integrativa. In questo ultimo caso i termini (30 giorni solari) per l'applicazione delle penali ripartiranno dalla data di inserimento della documentazione integrativa da parte dell'Assicurato/a;
 - e) invio delle pratiche fuori convenzionamento in formato elettronico, senza ulteriore invio dei documenti in originale (anche cartaceo);
 - f) Portale on-line dedicato alla gestione di tutte le pratiche;

- g) adeguata formazione per un numero di due giornate da effettuarsi prima della decorrenza della polizza, a favore degli aventi diritto, con relativa consegna di documentazione esplicativa del servizio;
- h) fornire adeguato supporto informativo per l'accesso ai servizi da parte degli utenti.

A.14 PENALI

Il Contraente ha facoltà di applicare nei confronti della Società penali pecuniarie in caso di ritardo nell'esecuzione delle prestazioni contrattuali da parte della Società e di ogni altro inadempimento, comunque accertato, rispetto agli obblighi derivanti dal contratto.

- Nel caso in cui la Società non provveda alla trasmissione all'Associato del rendiconto semestrale dell'andamento dei Sinistri di cui all'art. A4 entro le finestre ivi indicate, l'Associato si riserva la facoltà, trascorsi 10 giorni solari dai termini di cui sopra, di applicare una penale pecuniaria di € 250 per ogni giorno di ritardo.
- In caso di assenza di riscontro con le modalità e termini indicati al punto c) di cui all'art. A13, € 10 al giorno da applicare ad insindacabile giudizio dell'Associato;
- € 50 al giorno da applicare ad insindacabile giudizio dell'Associato dal trentunesimo giorno solare dal caricamento delle pratiche a rimborso (punto d);

Per ciascun inadempimento contrattuale diverso da quelli sopra specificati, ai sensi dell'art. 1382 c.c. l'Associato si riserva la facoltà di applicare, a proprio insindacabile giudizio, una penale di natura pecuniaria in misura variabile tra € 200 e € 5.000.

Il rilievo dell'inadempimento, comunicato mediante PEC, e la valutazione della rispettiva gravità sono di esclusiva competenza dell'Associato e la Società non potrà sollevare alcuna eccezione in merito. Le penali dovranno essere versate nel termine di 10 giorni naturali, successivi e continui dalla data in cui l'Associato comunicherà per mezzo PEC l'inadempimento. Decorso infruttuosamente tale termine, l'Associato provvederà, senza bisogno di messa in mora e con semplice provvedimento amministrativo ad nutum, all'incameramento di una quota del deposito cauzionale pari all'ammontare della penale comminata.

E' fatto salvo il diritto dell'Associato al risarcimento dell'eventuale maggior danno derivante dall'inadempimento della Società.

SEZ. - B - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata a favore del personale tecnico amministrativo e bibliotecario (PTAB a tempo determinato, PTAB a tempo indeterminato, personale collaboratore esperto linguistico), dirigenti, personale docente e ricercatore (ricercatori/ricercatrici, professori/professoressse associati/e, professori/professoressse ordinari/e) e assegnisti/e nonché dottorandi/e e specializzandi/e con borsa dell'Associato, Università degli Studi di Milano (si veda Allegato 1).

Viene inoltre garantita la facoltà di estendere la presente assicurazione, con le medesime garanzie, al nucleo familiare intendendosi per tale, il coniuge o il convivente more uxorio ed i figli, questi ultimi fino al trentesimo anno di età anche non conviventi purché risultanti dallo stato di famiglia (si veda Allegato 2).

La copertura assicurativa, che viene prestata senza la preventiva compilazione di questionario sanitario, rimborsa le spese sanitarie sostenute per:

B.1 AREA RICOVERO

In caso di ricovero in struttura pubblica o privata con o senza intervento chirurgico, l'Assicurato/a avrà diritto a un'indennità di **€ 100** per ogni giorno di ricovero non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

L'indennità di cui sopra sarà elevata ad **€ 150** per ogni giorno di ricovero nel caso di grande intervento chirurgico come da **elenco (allegato A)**.

La Società, per un periodo di 90 gg successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica fino ad un massimale di € 10.000. La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle posizioni contenute nelle stesse.

La garanzia può essere erogata, nella modalità di rimborso, anche presso strutture sanitarie non convenzionate con la Società, previa valutazione del programma medico/riabilitativo suddetto. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 30% per sinistro.

B.2 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Angiografia, chemioterapia e terapie radianti, cobaltoterapia, diagnostica radiologica, dialisi, doppler, ecografia, ecocardiografia, elettrocardiografia, elettroencefalografia, endoscopia e sleep endoscopy, colonscopia, gastroscopia, laserterapia a scopo fisioterapico, radioterapia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, PET, TAC, MOC, telecuore, artrografia, broncografia, cistografia, cistouretrografia, clisma opaco, colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP), colangiografia percutanea (PTC), colangiografia trans Kehr, colecistografia, dacriocistografia, defecografia, fistelografia, flebografia, fluorangiografia, galattografia, isterosalpingografia, mielografia, retinografia, rx esofago con mezzo di contrasto, rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto, rx tenue e colon con mezzo di contrasto,

scialografia, splenoportografia, urografia, vescicolodeferentografia, videoangiografia, wirsungografia, elettroencefalogramma, elettromiografia.

- Strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'Assicurato/a) con applicazione di uno **scoperto del 10%** con il minimo di **€ 50** per accertamento e/o ciclo di terapia.
- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di **scoperto 15%** con il minimo di **€ 75** per ogni accertamento e/o ciclo di terapie in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- Ticket rimborsati al **100%**.
- Si intendono comprese in garanzia l'estrazione (es. polipectomia) e la biopsia effettuate a seguito di uno degli esami sopra elencati.

Massimale annuo assicurato: **€ 10.000**, elevato a **€ 20.000** per cure oncologiche.

B.3 VISITE SPECIALISTICHE

Onorari per visite specialistiche con l'esclusione delle odontoiatriche e ortodontiche.

- Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) con applicazione di una franchigia di **€ 40** per accertamento.
- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di **scoperto 20%** con il minimo di **€ 70** per ogni accertamento in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- Ticket rimborsati al **100%**.

Massimale annuo assicurato: **€ 5.000**.

B.4 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Sono comprese tutte le spese per cure dentarie e ortodontiche, tra cui, a titolo esemplificativo, le terapie conservative e le spese per le protesi ed estrazioni nonché gli accertamenti odontoiatrici propedeutici a tali prestazioni.

È possibile fruire delle prestazioni esclusivamente presso strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'Assicurato/a) con applicazione di uno **scoperto del 10%** per fattura, che rimarrà a carico dell'Assicurato/a.

Massimale annuo assicurato: **€ 550**.

B.5 PACCHETTO PREVENZIONE

PREVENZIONE DENTISTICA (*In un'unica soluzione** e solo in centri convenzionati)

1 volta / anno è previsto il pagamento integrale di:

- una visita specialistica;
- una igiene orale professionale completa.

PREVENZIONE (*In un'unica soluzione** e solo in centri convenzionati)

La Società assicuratrice provvede al pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'Assicurato/a) delle prestazioni di prevenzione effettuate **solo in strutture sanitarie convenzionate.**

Elenco esami validi per **tutti** gli assicurati **1 volta / anno**: alanina aminotransferasi ALT, aspartato aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, gamma GT, glicemia, trigliceridi, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), TSH riflesso, urea, VES, urine (esame chimico, fisico e microscopico), feci (ricerca del sangue occulto).

Prestazioni previste per le **donne, 1 volta / anno**:

- Visita ginecologica + pap test;
- Visita Cardiologica + ECG da sforzo o in alternativa ECG a riposo; -
mammografia o in alternativa ecografia mammaria a scelta dell'Assicurata; -
- Visita dermatologica per controllo nei.

Prestazioni previste per gli **uomini, 1 volta / anno**:

- PSA (specifico antigene prostatico);
- visita urologica;
- Visita Cardiologica + ECG da sforzo o in alternativa ECG a riposo; - Visita
dermatologica per controllo nei.

*** Con l'espressione "in un'unica soluzione" si intende che le prestazioni dovranno essere richieste unitariamente ed in un unico contesto temporale.**

E' anche possibile richiedere esclusivamente una o più prestazioni presenti nel pacchetto prevenzione. Le prestazioni presenti nel pacchetto che non venissero richieste contestualmente non potranno più essere erogate nello stesso anno assicurativo.

B.6 PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

Protesi ortopediche e acustiche, ivi compresi apparecchi acustici, con applicazione di **scoperto 20%** e minimo non indennizzabile di **€ 70** per fattura.

Massimale annuo assicurato **€ 2.000**.

B.7 GARANZIA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA

DEFINIZIONE DELLA GARANZIA

La Società garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita all' Assicurato/a quando questi si trova in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo".

La garanzia si attiva solo nel caso di stato di non autosufficienza temporaneo.

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Ai fini dell'operatività della presente garanzia, l'Assicurato/a non deve rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità al momento dell'inserimento nella polizza. Avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, mangiare.

Trovarsi nelle condizioni di poter usufruire una pensione di invalidità o di poter richiedere una rendita per invalidità permanente che corrisponda a un livello di invalidità superiore al 40%.

Presentare postumi di malattie o di incidenti precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.

DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEO

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza temporaneo l'Assicurato/a che presenti la necessità dell'aiuto di un terzo per compiere almeno tre dei seguenti atti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi sulla base delle seguenti definizioni:

- Spostarsi: capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio;
- Lavarsi: capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo;
- Vestirsi: capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente;
- Nutrirsi: capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire.

La Società corrisponde l'importo garantito quale somma assicurata per il periodo computato in giorni per i quali perdura lo stato di non autosufficienza temporaneo.

SOMMA ASSICURATA

Il massimale della garanzia, nel caso in cui l'Assicurato/a si trovi nelle condizioni indicate al precedente punto "Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo", corrisponde a **€ 1.000 per Assicurato/a per ciascun mese di permanenza dello stato di non autosufficienza documentata (frazionabile in giorni)**.

B.8 PACCHETTO MATERNITA'

Prestazioni, **fruibili in rete e fuori rete**, relative allo stato di gravidanza: ecografie di controllo, bitest/ translucenza nucale, test del DNA fetale, amniocentesi, villocentesi, analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza, visite specialistiche ginecologiche e ostetriche di controllo sull'andamento della gravidanza, una visita ginecologica di controllo dopo il parto.

- **Nessuno scoperto/franchigia.**
- Ticket rimborsati al **100%**.

Massimale annuo assicurato € **1.500**.

B.9 CONSULENZA ORGANIZZATIVA SOCIO ASSISTENZIALE

La Società fornisce una Consulenza Specialistica Socio Assistenziale all'Assicurato/a che dovesse trovarsi, a causa di malattia o a seguito di infortunio, avvenuto successivamente all'effetto del contratto, in uno stato di non autosufficienza, intendendo per tale lo stato in cui sia necessario l'aiuto di un terzo per compiere due o più dei seguenti atti ordinari della vita quotidiana, quali, spostarsi, lavarsi, vestirsi e nutrirsi.

In questi casi la Società metterà a disposizione una centrale operativa, alla quale il socio o un suo familiare potrà rivolgersi per sottoporre il proprio caso.

La Società, dopo aver effettuato una specifica valutazione sulla singola posizione e considerate le specifiche necessità, attraverso un'adeguata intervista telefonica direttamente effettuata dal proprio Case Manager, proporrà:

- un servizio di indirizzamento, ai servizi sanitari /sociali più opportuni per il non autosufficiente;
- darà informazioni sui servizi sanitari /sociali forniti dalle strutture socio assistenziali del territorio fornendo indicazioni sugli uffici deputati a svolgere queste mansioni;
- fornirà all'Assicurato/a la "Guida Generale" contenente tutti i vari passaggi burocratici, amministrativi e normativi che regolamentano la posizione dei non autosufficienti e che devono essere attuati a tutela e presidio dell'Assicurato/a in questa condizione.

B.10 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE – REGIME DI ASSISTENZE DIRETTA

Per tutte le prestazioni di polizza che lo prevedono, la richiesta di presa in carico presso strutture convenzionate appartenenti al Network verrà effettuata con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi. La Società si impegna a fornire esito dell'autorizzazione entro 24h dalla data fissata per la prestazione, fornendo all'Assicurato/a la possibilità di integrare eventuale documentazione mancante entro la data stessa e senza la necessità di richiedere una nuova prestazione.

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 medico sanitaria.

Per la garanzia ricovero, in ipotesi di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assistito/a potrà richiedere il rilascio dell'autorizzazione entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata qualora fosse passato un minor numero di giorni.

Qualora l'Assicurato/a fosse autorizzato/a a ricevere una prestazione presso Struttura Convenzionata, ma l'équipe medica non lo fosse, con riferimento agli importi relativi alla struttura la Società provvederà al relativo pagamento diretto; con riferimento invece agli onorari dell'équipe non convenzionata, troverà applicazione quanto previsto al successivo punto per la modalità a rimborso.

In caso di cessazione e/o disdetta di una Convenzione tra il Network e la Società, lo stesso si impegna con la Struttura a garantire che eventuali prestazioni già autorizzate, vengano comunque prese in carico.

Qualora ciò non fosse possibile, per cause non dipendenti dalla volontà della Società, la prestazione verrà anticipata dall'Assistito/a e rimborsata con garanzia di applicazione delle medesime condizioni previste per il convenzionamento diretto.

La Società si impegna a mantenere come numero minimo di strutture convenzione quello indicato in sede di offerta.

PRESTAZIONI IN STRUTTURE SANITARIE PRIVATE O PUBBLICHE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ O, SE CONVENZIONATE, PER LE QUALI NON SIA STATA ATTIVATA LA PRESA IN CARICO NEL RISPETTO DELLE MODALITÀ DI CUI ALLA PRECEDENTE LETTERA A) - MODALITÀ A RIMBORSO

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute l'Assistito/a deve presentare la relativa richiesta corredata dalla fotocopia della seguente documentazione medica:

- in caso di ricovero: copia della cartella clinica conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale: relazione chirurgica ed eventuale referto istologico;
- in caso di prestazioni extra ricovero, con esclusione della medicina preventiva: prescrizione medica con quesito diagnostico;
- in caso di "non autosufficienza": certificato medico che certifichi lo stato di non autosufficienza;
- pacchetto maternità: certificato dello specialista che attesti lo stato di gravidanza.
- In tutti gli altri casi: prescrizioni mediche o altra documentazione medica se prevista dall'apposita garanzia in aggiunta alla copia delle ricevute, fatture, notule, debitamente quietanzate.

SEZ. - C – LIMITAZIONI

C.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

La Società, tramite accordi internazionali, può offrire la possibilità agli assicurati di utilizzare una rete di strutture convenzionate anche all'estero, ottenendo così il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'Assicurato/a), previa autorizzazione della centrale operativa.

C.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

Premesso che la validità della copertura prescinde dalle condizioni fisiche degli Assicurati, l'assicurazione non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ad eccezione delle nevrosi trattate da psichiatra e/o psicologo, che si intendono comprese in garanzia;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato/a di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza;
- si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato/a che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato/a;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

C.3 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del **75° anno di età** dell'Assicurato/a, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte dell'Assicurato/a.

Allegato A

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

1. Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
2. Interventi di cranioplastica
3. Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
4. Asportazione tumori dell'orbita
5. Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
6. Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
7. Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

8. Interventi per neoplasie del globo oculare
9. Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

10. Asportazione di tumori maligni del cavo orale
11. Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
12. Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
13. Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
14. Ricostruzione della catena ossiculare
15. Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
16. Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

17. Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
18. Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

19. Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
20. Interventi per fistole bronchiali
21. Interventi per echinococchi polmonare
22. Pneumectomia totale o parziale
23. Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

24. Interventi sul cuore per via toracotomica

25. Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
26. Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
27. Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
28. Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
29. Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
30. Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

31. Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
32. Interventi con esofagoplastica
33. Intervento per mega-esofago
34. Resezione gastrica totale
35. Resezione gastro-digiunale
36. Intervento per fistola gastro-digiunocolica
37. Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
38. Interventi di amputazione del retto-ano
39. Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
40. Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
41. Drenaggio di ascesso epatico
42. Interventi per echinococcosi epatica
43. Resezioni epatiche
44. Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
45. Interventi chirurgici per ipertensione portale
46. Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
47. Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
48. Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

49. Nefroureterectomia radicale
50. Surrenalectomia
51. Interventi di cistectomia totale
52. Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
53. Cistoprostatovesicolectomia
54. Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
55. Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

56. Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
57. Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
58. Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

59. Interventi per costola cervicale
60. Interventi di stabilizzazione vertebrale
61. Interventi di resezione di corpi vertebrali
62. Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
63. Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
64. Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati entro 18 mesi dalla nascita)

- 65. Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- 66. Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- 67. Correzione chirurgica di megauretere congenito
- 68. Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- 69. Tutti

CHIRURGIA GENERALE

- 70. Mastectomia unilaterale e/o bilaterale e ulteriori interventi ricostruttivi

ALLEGATO 1 COPERTURA ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE

NUMERO PREVENTIVATO BENEFICIARI DI POLIZZA

risultante al 13.04.2022:

Personale (PTAB a tempo determinato e indeterminato, personale collaboratore esperto linguistico, dirigenti, ricercatori/ricercatrici, professori/professoressse associati/e e ordinari/e) **e assegnisti/e nonché dottorandi/e e specializzandi/e con borsa dell'Associato Università degli Studi di Milano.**

Il numero **preventivato** di soggetti beneficiari di polizza è pari a **3.909 unità**, parametro utilizzato per il calcolo del premio di gara in sede di Offerta economica, ed è così calcolato:

A) Assicurati di polizza, personale con reddito da lavoro dipendente, risultante dalla Certificazione Unica – CU, fino a € 60.000,00, di cui:

- Personale tecnico amministrativo e bibliotecario e personale docente e ricercatore
..... **(3039 unità)**

B) Assicurati mediante adesione facoltativa (comunque previsti nel computo delle unità complessive per definire il numero di beneficiari preventivato, oggetto di parametro di calcolo del premio in sede di offerta economica) personale con reddito da lavoro dipendente, risultante dalla Certificazione Unica – CU, da € 60.000,01 a € 100.000,00, di cui:

- Personale tecnico amministrativo e bibliotecario e personale docente e ricercatore
..... **(870 unità)**

TOT. preventivato soggetti beneficiariSOMMANO (3.909 unità)

Sono, inoltre, soggetti beneficiari di polizza mediante adesione facoltativa le seguenti categorie di collaboratori (**tali unità non saranno conteggiate nel numero preventivato di beneficiari, oggetto di parametro di calcolo del premio in sede di offerta economica**):

C) Assicurati mediante adesione facoltativa personale con reddito da lavoro dipendente, risultante dalla Certificazione Unica – CU, da € 100.000,01 (**330 unità**)

D) Assicurati mediante adesione facoltativa appartenenti alle categorie di:

- Assegnisti/e..... (735
unità)
- Dottorandi/e con borsa dell'Ateneo(1096
unità)
- Specializzandi/e con borsa dell'Ateneo..... (2868
unità)

I soggetti delle categorie di cui alle lettere C) e D) - nel caso di adesione - verranno a tutti gli effetti considerati soggetti beneficiari di polizza alle medesime condizioni tecniche ed economiche dei soggetti delle categorie di cui alle lettere A) e B).

ALLEGATO 2 COPERTURA ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE

PIANO AD ADESIONE FACOLTATIVA

Ferme le condizioni dell'offerta tecnica proposta in Gara

Il personale tecnico amministrativo e bibliotecario (PTAB a tempo determinato e indeterminato, personale collaboratore esperto linguistico), **dirigenti e il personale docente e ricercatore** (ricercatori/ricercatrici, professori/professoressa associati/e e ordinari/e) **dell'Associato Università degli Studi di Milano, potrà prevedere l'adesione dei propri famigliari, come da stato di famiglia: il/la coniuge o il/la convivente more uxorio ed i figli fino al compimento del trentesimo anno di età, questi ultimi anche non conviventi purché risultanti dallo stato di famiglia** (come da definizione di pag. 2).

I famigliari - nel caso di adesione - verranno a tutti gli effetti considerati soggetti beneficiari di polizza alle seguenti condizioni tecniche ed economiche (fisse e non ribassabili):

premio annuo lordo pro-capite aggiuntivo per i familiari:

€ 0 (gratuiti) per figli fino al compimento del 10° anno di età (in caso di compimento dei 10 anni in corso d'anno, il premio sarà pagato a partire dall'annualità successiva); **€ 350** un familiare (coniuge/convivente more uxorio o figlio/a); **€ 550** per il nucleo familiare (due o più famigliari).

Indipendentemente dal numero di famigliari inseriti, al nucleo si applicheranno i medesimi massimali del titolare di polizza.

ESEMPI

Nucleo 1: 1 figlio fino ai 10 anni:

✓ massimali individuali pari a quelli del titolare di polizza; ✓
premio pagato 0 euro.

Nucleo 2: coniuge:

✓ massimali individuali pari a quelli del titolare di polizza; ✓
premio pagato 350 euro.

Nucleo 2: 1 figlio fino ai 10 anni + Coniuge o 1 figlio sopra ai 10 anni

✓ massimali per nucleo pari a quelli del titolare di polizza; ✓
Premio pagato 350 euro.

Nucleo 3: coniuge + 2 figli sopra i 10 anni

✓ massimali per nucleo pari a quelli del titolare di polizza; ✓
Premio pagato 550 euro.

Nucleo 4: 1 figlio sotto i 10 anni + 1 figlio sopra i 10 anni + coniuge

✓ massimali per nucleo pari a quelli del titolare di polizza; ✓
Premio pagato 550 euro.

IVASS
Servizio Tutela del Consumatore – Divisione Gestione Reclami
Via del Quirinale, 21
00187 Roma

Tramite fax: 06.42.133.206 o via PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it oppure utilizzando il fac simile reclamo IVASS per la presentazione del reclamo ad IVASS completando l'istanza con le informazioni e la documentazione di seguito indicata:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela
- copia del reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze

Qualora l'esito del reclamo non sia soddisfacente, prima di interessare l'Autorità Giudiziaria, il Reclamante dovrà fare ricorso alla Mediazione (di cui al D.lgs. n. 28/2010 così come da ultimo modificato dal D.L. n. 69/2013, convertito con modificazioni in legge n.98/2013) che può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito giustizia.it. Il ricorso al procedimento di Mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Si ricorda inoltre che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o attivare direttamente il sistema estero competente tramite la procedura [FIN-NET](http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_en.htm) (accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_en.htm)

Art.13. Trattamento dei dati personali

Per i servizi di supporto amministrativo e gestione operativa connessi al presente contratto la Compagnia, in qualità di Titolare del trattamento dei dati, si avvale di Poste Welfare Servizi S.r.l. ("PWS"), in qualità di Responsabile del Trattamento, all'uopo designata ai sensi dell'art. 28 del Regolamento 2016/679/UE ("GDPR"). Ciò considerato, la Compagnia dispone sotto la propria responsabilità che i dati anagrafici e i dati particolari (di cui all'art. 9 del GDPR) degli Assicurati vengano trasmessi dalla Contraente direttamente a PWS per consentire il corretto e tempestivo svolgimento delle attività operative da quest'ultima espletate. A tal fine, la Contraente si impegna a garantire la titolarità dei dati che trasmetterà a PWS e la liceità del relativo trattamento.

Le Parti convengono che le eventuali richieste provenienti dalla Contraente di estrazione di dati degli Assicurati, che possano essere configurate quale trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR, dovranno essere indirizzate alla Compagnia la quale, nella sua qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, potrà autorizzare l'invio di tali dati da parte di PWS, previa verifica della finalità del trattamento e, in ogni caso, nel pieno rispetto delle disposizioni della normativa sulla protezione dei dati personali."

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Il Contraente _____
La Compagnia _____
L'Associato _____

Il Contraente approva specificatamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 Codice Civile: artt. 2, 3, 4, 18, 19, 20 delle Condizioni di Assicurazioni

Il Contraente _____
La Compagnia _____
L'Associato _____

OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi e di conseguenza siano direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione il Contraente si obbliga a consegnare loro le Condizioni di Assicurazione

Il Contraente _____
La Compagnia _____
L'Associato _____

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione delle Condizioni di assicurazione. Dichiara inoltre di aver preso visione e di aver ricevuto (nei casi previsti dalla normativa vigente) il documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento degli intermediari, di aver preso visione e di aver ricevuto la dichiarazione contenente le informazioni generali sull'intermediario, in conformità alle disposizioni di legge e regolamentari applicabili

Il Contraente _____
La Compagnia _____
L'Associato _____

Informativa privacy

ai sensi del Regolamento 2016/679/UE “Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali” (articoli 13 e seguenti)

Poste Assicura S.p.A. (di seguito Compagnia) facente parte del Gruppo Assicurativo Poste Vita appartenente al Gruppo Poste Italiane - con sede in Roma, Viale Europa 190 che opera in qualità di “titolare” del trattamento, desidera fornirLe le indicazioni chiare e semplici circa il trattamento dei Suoi dati personali. In caso di qualsiasi dubbio o chiarimento rispetto a quanto riportato di seguito, La invitiamo a contattarci ai recapiti del Presidio Privacy della Compagnia sotto indicati.

ALCUNE DEFINIZIONI PRINCIPALI

Il «**dato personale**» è qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («**interessato**»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale.

Il «**trattamento**» è qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati applicate a dati personali, quali la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento, la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, la diffusione, la messa a disposizione, il raffronto, l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione, la distruzione.

Il «**Titolare del trattamento**» è la persona giuridica che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento di dati personali.

Il «**Contitolare**» è la persona giuridica che determina congiuntamente ad uno o più Titolari Titolari le finalità e i mezzi del trattamento dei dati personali dell'interessato, le responsabilità in merito all'osservanza degli obblighi derivanti dalla normativa applicabile.

Il «**Responsabile del Trattamento**» è la persona fisica o giuridica che tratta i dati personali per conto del Titolare del trattamento.

Il «**consenso**» dell'interessato è la manifestazione di volontà libera, specifica, informata e inequivocabile dell'interessato, con la quale lo stesso manifesta il proprio assenso, mediante dichiarazione o azione positiva inequivocabile, affinché i dati personali che lo riguardano siano oggetto di trattamento.

Per «**marketing**» si intende l'espletamento delle attività a carattere commerciale, pubblicitario e promozionale, quale ad esempio in maniera non esaustiva l'invio di materiale pubblicitario, la vendita diretta, il compimento di ricerche di mercato o la comunicazione commerciale, o le attività promozionali svolte nell'ambito di eventi e manifestazioni a premio promosse dalla Compagnia.

La «**profilazione**» è il trattamento con mezzi informatici e automatizzati consistente nell'utilizzo di tali dati personali per valutare determinati aspetti personali o relativi al rendimento professionale, la situazione economica, le preferenze personali, gli interessi, l'affidabilità nei pagamenti, il comportamento, l'ubicazione o gli spostamenti della persona fisica.

SOGGETTI AUTORIZZATI A TRATTARE I DATI PERSONALI

In relazione al singolo servizio richiesto, La Compagnia potrà trattare i Suoi dati personali unitamente ad altri:

- Titolari, quando determinano le finalità e i mezzi del trattamento esclusivamente per la parte di propria competenza nell'ambito dell'esecuzione del servizio richiesto. Tali soggetti sono tenuti a rendere la propria informativa privacy al cliente;
- Contitolari, quando determinano, congiuntamente al Gruppo Assicurativo Poste Vita, le finalità e i mezzi del trattamento nell'ambito dell'esecuzione di un determinato servizio richiesto. In tal caso l'informativa privacy viene resa dal Contitolare congiuntamente al Gruppo Assicurativo Poste Vita.

Gli incaricati sono i dipendenti del Gruppo Assicurativo Poste Vita e le figure assimilate, addetti materialmente al trattamento dei dati personali e autorizzate dal Titolare, direttamente o per il tramite dei delegati.

Inoltre, per lo svolgimento di alcune attività strumentali all'esecuzione del servizio richiesto, ovvero in relazione ad obblighi di legge e comunque in conformità alla normativa sulla protezione dei dati personali la Compagnia potrà nominare i Responsabili esterni del trattamento (terze parti che effettuano il trattamento dei dati personali per conto della Compagnia).

Per conoscere nel dettaglio le informazioni riguardanti la presenza di eventuali Titolari, Contitolari e dei principali Responsabili in base al servizio richiesto può rivolgersi al Presidio Privacy del Gruppo Assicurativo Poste Vita, tramite i seguenti canali: e-mail: privacy@postevita.it; posta tradizionale: Viale Europa 190 – 00144 Roma.

CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI

Senza che sia necessario un consenso esplicito, la Compagnia potrà comunicare i Suoi dati personali alle seguenti categorie di soggetti:

- intermediari assicurativi e riassicurativi ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; consulenti tecnici ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Compagnia, quali professionisti legali, periti e medici; cliniche convenzionate; società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di consulenza per tutela giudiziaria;
- società di servizi informatici, telematici e di telecomunicazione; società per la lavorazione, elaborazione e archiviazione dei dati; società di servizi postali per le comunicazioni dirette agli interessati; società (es. call center) per attività di assistenza; società di revisione e certificazione delle attività svolte dalla Compagnia anche nell'interesse della clientela; società di assistenza e consulenza; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; soggetti che svolgono attività di garanzia assegni;
- autorità e organi di vigilanza e controllo e in generale soggetti, pubblici o privati, con funzioni di rilievo pubblicistico (es. IVASS, CONSOB, COVIP, ANIA, CIRT, CONSAP, Banca d'Italia, UIF, ecc.); soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi ai danni degli intermediari finanziari.
- soggetti che operano, ad esempio, in materia di sistemi elettronici, assistenza, consulenza, qualità, stampa e imbustamento, servizi finanziari e assicurativi, recupero crediti, revisione e certificazione, lavorazioni massive di documenti;
- soggetti cui tale comunicazione debba essere effettuata per adempiere a prescrizioni dettate da normative nazionali e comunitarie (ad esempio: antiterrorismo, prevenzione delle frodi sulle carte di pagamento, accertamenti fiscali e tributari, prestazione di servizi di investimento) nonché a disposizioni impartite da Organi di Vigilanza e Controllo.

Inoltre, per finalità amministrativo-contabili la Compagnia potrà comunicare i dati personali alle Società del Gruppo Poste Italiane. Tali trattamenti sono connessi allo svolgimento delle attività di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile, a prescindere dalla natura dei dati trattati (in particolare: attività organizzative interne, quelle funzionali all'adempimento di obblighi contrattuali e precontrattuali, alla tenuta della contabilità e all'applicazione delle norme in materia fiscale, previdenziale-assistenziale, di salute, igiene e sicurezza sul lavoro).

DATA PROTECTION OFFICER

Il Data Protection Officer (DPO) è il Responsabile della protezione dei dati personali ed è designato dal Titolare per assolvere alle funzioni espressamente previste dal Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali. Il DPO è reperibile presso l'ufficio del Responsabile della Protezione dei Dati di Poste Italiane, in viale Europa, 175 - 00144 Roma, e-mail: ufficiordp@posteitaliane.it.

ORIGINE DEI DATI PERSONALI

Al fine di fornire i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o previsti a favore dell'interessato, i dati personali che la Compagnia tratta sono raccolti presso l'interessato, al momento della richiesta del prodotto o del servizio oppure nel corso del rapporto contrattuale nonché, presso altri soggetti inerenti al rapporto contrattuale (es. contraenti di assicurazione in cui

l'interessato risulti essere assicurato, beneficiario, coobbligati ecc.) e/o intermediari assicurativi e riassicurativi (quali, Poste Italiane S.p.A. - patrimonio Bancoposta, i soggetti addetti all'intermediazione quali dipendenti, collaboratori ed altri incaricati dell'intermediario stesso per l'attività svolta al di fuori dei locali dove lo stesso opera; agenti; broker di assicurazione, ecc.).

I dati personali possono altresì, essere raccolti, telefonicamente tramite Contact center o corrispondenza elettronica, oppure possono essere ottenuti attraverso altri canali quali, ad esempio, siti web (social network, chat, App, installazione di cookie: per i cookie di terze parti ti invitiamo a prendere visione della relativa informativa pubblicata sui siti delle terze parti). I Suoi dati possono essere associati a identificativi online prodotti dai dispositivi, dalle applicazioni, dagli strumenti e dai protocolli utilizzati, quali gli indirizzi IP, a marcatori temporanei (cookies) o a identificativi di altro tipo. Tali identificativi possono lasciare tracce che, se combinate con identificativi univoci e altre informazioni ricevute dai server, possono essere utilizzate, con il Suo consenso, per creare profili individuali.

BASE GIURIDICA, FINALITA' DEL TRATTAMENTO E DEL CONFERIMENTO DEI DATI

La Compagnia tratta i Suoi dati personali nel quadro delle finalità "assicurative", quando è necessario nell'ambito di un contratto o ai fini della conclusione ed esecuzione di un contratto o dell'esecuzione di misure pre e post contrattuali (es. predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni). Il trattamento dei Suoi dati potrà altresì avvenire in conformità ad un obbligo di legge (es. per adempiere alle disposizioni normative vigenti in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di finanziamento del terrorismo internazionale).

Per finalità amministrativo- contabili, la Compagnia potrà comunicare i Suoi dati personali a Poste Italiane S.p.A. e/o società del Gruppo Poste Italiane. Tali trattamenti sono connessi allo svolgimento delle attività di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile, a prescindere dalla natura dei dati trattati (in particolare: attività organizzative interne, quelle funzionali all'adempimento di obblighi contrattuali e precontrattuali, alla tenuta della contabilità e all'applicazione delle norme in materia fiscale, previdenziale-assistenziale, di salute, igiene e sicurezza sul lavoro).

Per queste finalità il conferimento dei dati è necessario, in mancanza dello stesso non è possibile fornirLe il servizio richiesto.

Il trattamento dei Suoi dati personali potrà inoltre essere considerato lecito quando:

- è necessario per l'esecuzione di un compito svolto nel pubblico interesse;
- è basato sul diritto dell'Unione o di uno Stato membro per l'esercizio di pubblici poteri;
- è necessario per proteggere un interesse essenziale per la vita dell'interessato o di un'altra persona fisica;
- è effettuato per finalità diverse da quelle per le quali i dati personali sono stati inizialmente raccolti, se compatibile con le finalità per le quali i dati personali sono stati inizialmente raccolti;
- è effettuato per legittimo interesse del Titolare del trattamento, o di terzi.

Inoltre, la Compagnia potrà trattare i Suoi dati personali nel caso in cui Lei avesse rilasciato un esplicito e facoltativo consenso per attività di marketing, ovvero per attività di profilazione.

Con il Suo consenso alla profilazione, la Compagnia effettuerà, con mezzi informatici automatizzati, delle analisi o elaborazioni volte a rilevare le preferenze di utilizzo dei servizi offerti al fine di migliorarli e renderli più aderenti alle Sue esigenze, sia aggregando i dati in classi omogenee sia elaborando profili individuali.

Infine, per la fornitura di prodotti e/o servizi assicurativi ed in particolare sia per alcune tipologie di prodotto offerte nell'ambito della linea Protezione sia nell'ambito del servizio di liquidazione sinistri, la Compagnia ha la necessità di trattare **particolari categorie di dati personali**, quali dati relativi alla salute.

Il Suo consenso esplicito per il trattamento di tali dati, raccolto nei limiti delle sole finalità assicurative sopra descritte, verrà richiesto all'interno di specifica modulistica messa a disposizione dell'Interessato (si rinvia a quanto inserito a margine di tale informativa). La Compagnia tratta tali dati necessari esclusivamente per dare seguito a specifici servizi ed operazioni richieste dai clienti, ad esempio, la liquidazione dei sinistri.

La Compagnia potrà effettuare trattamento di dati personali relativi a condanne penali e reati esclusivamente nei casi autorizzati dalla legge o dall'Autorità pubblica.

MODALITA' DI TRATTAMENTO E CONSERVAZIONE DEI DATI

Il trattamento dei Suoi dati personali sarà effettuato in modo da garantire un'adeguata sicurezza e riservatezza e da impedire l'accesso o l'utilizzo non autorizzato dei dati personali. Pertanto, i Suoi dati personali saranno trattati e conservati nel pieno rispetto dei principi di necessità, minimizzazione dei dati e limitazione del periodo di conservazione, mediante l'adozione di misure tecniche ed organizzative adeguate al livello di rischio dei trattamenti e per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati, comunque per il periodo previsto dalla legge.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei ha il diritto di ottenere dalla Compagnia l'accesso alle seguenti informazioni: le finalità del trattamento, le categorie di dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati (compresi destinatari di paesi terzi o organizzazioni internazionali), il periodo di conservazione dei dati personali previsto oppure, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo, l'origine dei dati personali, l'esistenza di un processo di profilazione e informazioni sulla logica utilizzata.

Inoltre, ha il diritto di:

- ottenere la rettifica dei dati personali inesatti;
- ottenere l'integrazione dei dati personali incompleti;
- ottenere la limitazione del trattamento dei dati personali (in tal caso, i dati sono trattati soltanto con il Suo consenso, salvo che per la necessaria conservazione degli stessi);
- opporsi al loro trattamento;
- ottenere la cancellazione («diritto all'oblio»);

- ottenere la portabilità dei dati, ovvero la trasmissione dei Suoi dati personali da un Titolare del trattamento ad un altro, qualora tecnicamente fattibile.

Per esercitare i Suoi diritti, può rivolgersi al **Presidio Privacy** della Compagnia, tramite i seguenti canali: e-mail: privacy@postevita.it; posta tradizionale: Viale Europa 190, 00144 Roma.

DIRITTO DI PROPORRE RECLAMO

Qualora ritenesse che i trattamenti effettuati dalla Compagnia possano aver violato le norme del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali, ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 77 del Regolamento 2016/679/UE.

DIRITTO DI REVOCA DEI CONSENSI E CANALI DI CONTATTO

Le ricordiamo che gli eventuali consensi (es. per finalità di marketing o di profilazione) saranno sempre revocabili. La revoca non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca stessa.

I canali di contatto utilizzati dal Gruppo Assicurativo Poste Vita per effettuare attività di marketing sono: telefono con o senza operatore, posta cartacea, posta elettronica, telefax, messaggi del tipo SMS, MMS, o di altro tipo, siti web. In qualsiasi momento potrà opporsi al trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di marketing, incluse le finalità di profilazione ad esse connesse. Inoltre, se preferisce essere contattato esclusivamente con modalità tradizionali (posta cartacea, telefono con operatore), in qualsiasi momento potrà opporsi anche soltanto ai mezzi automatizzati di contatto (e-mail, sms, mms, fax, telefono senza operatore).

TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A UN PAESE TERZO

Il trasferimento di dati personali da Paesi appartenenti all'UE verso Paesi "terzi" non appartenenti all'UE è vietato, in linea di principio, a meno che il Titolare o il Responsabile del trattamento garantisca un livello di protezione "adeguato". Non verranno effettuati trasferimenti dei dati verso Paesi terzi, fatti salvi i servizi espressamente richiesti dal cliente o gli specifici casi per i quali la Compagnia adotterà adeguate garanzie e provvederà ad informare l'interessato.

TUTELA DEI MINORI

I minori possono essere meno consapevoli dei rischi, delle conseguenze, nonché dei loro diritti in relazione al trattamento dei dati personali, pertanto il Gruppo Assicurativo Poste Vita rivolge loro una specifica protezione, con particolare riguardo all'utilizzo dei dati personali per fini di marketing o di creazione di profili individuali e alla raccolta di dati personali nell'ambito dei servizi forniti direttamente al minore. Per quanto riguarda l'offerta diretta di servizi della società dell'informazione (ovvero qualsiasi servizio prestato per via elettronica), il trattamento di dati personali richiede il consenso esplicito del minore ed è lecito ove il minore abbia compiuto l'età minima prevista dalla legge applicabile.

(Informativa privacy da firmare e datare al momento della denuncia del sinistro)

Informativa privacy

ai sensi del Regolamento 2016/679/UE “Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali” (articoli 13 e seguenti)

Con riferimento all’Informativa Privacy ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR), ricevuta all’atto di sottoscrizione della polizza per il tramite del Contraente di polizza e comunque reperibile sul sito www.poste-assicura.it, Le evidenziamo che per le attività di gestione e di liquidazione dei sinistri, Poste Assicura S.p.A (di seguito Compagnia), in qualità di Titolare del trattamento, si avvale di diversi soggetti ai quali potrebbe comunicare i suoi dati. Si tratta, in particolare, di intermediari assicurativi e riassicurativi (es. broker, agenti), consulenti tecnici ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Compagnia, quali professionisti legali, periti e medici; cliniche convenzionate; società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri. Tali soggetti operano in qualità di Titolari autonomi o di Responsabili.

La informiamo che l’elenco dettagliato di tali soggetti è disponibile scrivendo al Presidio Privacy della Compagnia, tramite i seguenti canali: e-mail privacy@postevita.it, posta tradizionale: Viale Europa,190 00144 Roma.

Ciò premesso, acconsento al trattamento dei miei dati personali relativi alla salute per le attività di gestione e liquidazione dei sinistri.

Qualora la copertura assicurativa sia estesa ai componenti del Suo nucleo familiare, limitatamente a figli minorenni, Lei si assumerà personalmente ogni tipo di responsabilità rispetto a tutti i dati personali relativi alla salute dei suindicati familiari per le attività di gestione e liquidazione sinistri forniti alla compagnia.

Luogo e data/...../.....

Firma dell’Assicurato (o di chi ne fa le veci)

Le segnaliamo che il consenso al trattamento dei dati relativi alla salute è necessario e che l’eventuale assenza non consente l’avvio della pratica di liquidazione.