



Harmonie
mutuelle
Italia

CONTRATTO ASSICURATIVO

Copertura FONDO EASI

Polizza Collettiva

Prodotto “ Rimborso Spese Mediche “

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

Prodotto redatto in conformità alle Linee guida sulla semplificazione dei contratti

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
POLIZZA COLLETTIVA FONDO EASI
RIMBORSO SPESE MEDICHE

- **Condizioni Generali di assicurazione comprensive del glossario**
- **Fac- simile Modulo di Proposta contrattuale**
- **Informativa privacy**
- **Fac-simile modulo reclamo**

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

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

HARMONIE MUTUELLE sede secondaria, Esercita in Italia l'attività di assicurazione in regime di stabilimento ed è sottoposta alla vigilanza dell'autorità di controllo francese e dell'IVASS, con Codice IVASS Impresa: D915R. E' iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione alla Sez. II – elenco I – provvedimento IVASS n. I.00114 del 22/03/2013 Posta elettronica certificata (PEC): harmoniemutuelle@legalmail.it L'ammontare del patrimonio netto è pari a Euro 1.361,79 milioni di cui Euro 1.361,52 milioni di riserve patrimoniali. L'indice di solvibilità, ovvero l'indice che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, e relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari al 3,287.

Harmonie Mutuelle, sede italiana

Via San Gregorio, 48 – 20124 MILANO

Tel.: 0299371043 | Fax: 0299371044

e-mail: info@harmoniemutuelleitalia.it

Partita IVA e Numero registro delle imprese di Milano: 08186860964

REA: MI-2008684 – Codice IVASS Impresa: D915R – N° di iscrizione – IVASS: I.00114

Rimborso Spese Mediche

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

Si conviene pertanto quanto segue:

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

**Contratto di Assicurazione
GARANZIA Rimborso Spese mediche**

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

Indice

GLOSSARIO	3
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	7
CAPITOLO 1.....	7
OGGETTO ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE	7
Art 1.1 Oggetto dell'assicurazione	7
Art 1.2 Prestazioni assicurate	7
Art 1.3 Esclusioni	7
Art 1.4 Limite d'età – Persone non assicurabili	8
Art 1.5 Limiti territoriali.....	8
Art 1.6 Periodo di carenza	8
CAPITOLO 2.....	9
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE	9
Art 2.1 Descrizione delle Prestazioni Assicurate	9
CAPITOLO 3.....	13
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE.....	13
Art 3.1 Tacito rinnovo del contratto.....	13
Art 3.2 Recesso Anticipato dell'assicurato:	13
Art 3.3 Forma delle comunicazioni.....	13
Art 3.4 Variazioni di rischio.....	13
Art 3.5 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	14
Art 3.6 Oneri fiscali	14
Art 3.7 Legge applicabile e rinvio	14
Art 3.8 Assicurazione per conto altrui	14
Art 3.9 Clausola Broker	14
Art 3.10 Rinuncia alla Rivalsa.....	15
Art 3.11 Altre assicurazioni.....	15
Art.3.12 Documentazione da consegnare all'Aderente al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva ..	15
CAPITOLO 4.....	16
PREMIO DI ASSICURAZIONE.....	16
Art 4.1 Identificazione delle persone assicurate	16

Art 4.2 Determinazione del Premio.....	16
Art 4.3 Regolazione delle persone assicurate	16
Art 4.4 Effetto della copertura	17
CAPITOLO 5.....	18
NORME IN CASO DI SINISTRO	18
Art. 5.1. Denuncia del danno e obblighi dell'Assicurato	18
Art. 5.2 Forma Diretta	18
Art. 5.3: Forma "Indiretta"	20
Art. 5.4: Forma "Mista"	20
Art. 5.5 Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale.....	21
Art 5.6 Pagamento dell'indennizzo e Richiesta di rimborso tramite upload	21
Art 5.7 Gestione della documentazione di spesa	21
Art 5.8 Collegio Medico	21
Art 5.9 Foro competente	22
Art 5.10 Reclami	22
Art 5.11 Termini di prescrizione	22
QUADRO SINOTTICO ALLEGATO 1.....	23
ALLEGATO 2	24
GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	24
FAC-SIMILE MODULO DI PROPOSTA CONTRATTUALE	30
INFORMATIVA MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA	31
DICHIARAZIONI DELLA CONTRAENTE:	31
INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - (Art.13 e 14 Reg.EU 679/2016)	32
FACSIMILE DI RECLAMO ALL'IMPRESA	34

GLOSSARIO

La presente parte del set informativo contiene un elenco che riporta ed esplicita le definizioni dei termini utilizzati, in generale, in un contratto assicurativo. Si avverte che i termini di seguito riportati non assumono alcun significato ai fini dell'interpretazione del presente contratto di assicurazione, in relazione al quale avranno rilevanza unicamente i termini definiti nella Condizioni di Assicurazione.

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

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

Broker: Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività

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

Assicuratore: L'Impresa di assicurazione.

Assicurazione: L'operazione con cui un soggetto (assicurato) trasferisce ad un altro soggetto (assicuratore) un rischio al quale egli è esposto naturalmente o per disposizione di legge.

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

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

Azienda: L'impresa o Ente i cui dipendenti sono assicurati. Ai fini del presente contratto, ai dipendenti sono equiparati i collaboratori coordinati e continuativi, tutti i soggetti che percepiscono redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente, nonché i membri degli organi statutari e gli amministratori. Tali soggetti acquisiscono la qualifica di Beneficiario dell'assicurazione. Qualora l'Azienda stipuli in proprio il contratto di assicurazione, acquisisce la qualifica di Contraente/Assicurato.

Beneficiario/Avente Diritto: Il soggetto designato che fruisce della prestazione assicurativa

Carenza: Il periodo che può intercorrere tra il momento della stipulazione di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia offerta dall'assicuratore diviene concretamente efficace.

Cartella Clinica: Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

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

Condizioni di assicurazione: Le clausole di base previste da un contratto di assicurazione. Esse riguardano gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata del contratto, e possono essere integrate da condizioni speciali e aggiuntive.

Coniuge/convivente: Il Coniuge dell'Assicurato o il convivente more uxorio, come risultante da stato di famiglia.

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

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

Convenzione: La disciplina che regola i rapporti tra la Contraente e la Compagnia, costituita dalle presenti definizioni, dalle Condizioni Generali di Convenzione, dalle Condizioni Generali di Assicurazione, ivi inclusi gli allegati;

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

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

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

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

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

Diaria: Garanzia tipica delle assicurazioni contro i danni alla persona consistente nel versamento di una somma, da parte dell'assicuratore, per ogni giorno d'inabilità temporanea oppure per ogni giorno di degenza in istituti di cura, conseguentemente ad infortunio o malattia.

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

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

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

Disdetta: La comunicazione che il contraente o l'assicuratore deve inviare all'altra parte, entro i termini previsti dal contratto, per manifestare la propria volontà di recedere da esso.

Ente Aderente o Ente: il soggetto giuridico che ha aderito al contratto al fine di rendere i propri dipendenti (inclusi, qualora da questi richiesti, i relativi componenti del Nucleo Familiare) fruitori delle prestazioni coperte

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

Evento: L'insieme di tutte le prestazioni per le garanzie di day hospital ed extraospedaliere effettuate per la stessa patologia e sostenute entro la data della scadenza della presente polizza; il singolo ricovero con degenza.

Franchigia assoluta: La franchigia si definisce assoluta quando il suo ammontare rimane interamente a carico dell'Assicurato, indipendentemente dall'entità del danno subito.

Franchigia relativa: La franchigia si dice relativa quando la sua applicazione dipende dall'entità del danno subito, nel senso che se il danno è inferiore o uguale all'ammontare della franchigia l'assicuratore non corrisponde l'indennizzo, ma se il danno è superiore, l'assicuratore lo indennizza senza tener conto della franchigia.

Franchigia/Scoperto: La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'assicurato l'importo garantito.

Grandi Interventi: Come definiti nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992

Gessatura: Qualsiasi mezzo di contenimento rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento immobilizzante, comunque esterno, sempreché applicato e rimosso da personale medico.

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

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

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

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

Intramoenia: Prestazioni sanitarie erogate individualmente o in équipe da professionista medico, dipendente da una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per la scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria. Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede)

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

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Liquidazione: Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

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

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

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

Malattia: ogni riscontrabile e obiettivabile alterazione dello stato di salute, non dipendente da infortunio, a carattere evolutivo, che necessita di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici.

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

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

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

Massimale: la somma fino alla concorrenza della quale la Società presta la garanzia.

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

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

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

in forma diretta: La Compagnia paga direttamente alla struttura sanitaria, ai medici chirurghi e professionisti abilitati convenzionati le spese per le prestazioni sostenute dall'Assicurato e indennizzabili a termini di polizza, al netto di scoperti e/o franchigie indicati nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia, che rimangono invece a suo carico.

Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private), medici chirurghi e professionisti abilitati (anche in regime di intramoenia) convenzionati.

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

Nucleo familiare: Per nucleo familiare del Beneficiario si intende quello composto da:

1. coniuge o convivente more uxorio; 2. figli fiscalmente a carico 3. figli non a carico purché conviventi 4. genitori conviventi se corrisposto il relativo premio aggiuntivo come risultanti dal certificato anagrafico "stato di famiglia".

Inoltre, i figli a carico si intendono compresi nel nucleo anche qualora non conviventi o non inseriti nel certificato Stato di famiglia. Sono equiparati ai figli i soggetti in affidamento temporaneo preadottivo con espresso provvedimento di assegnazione diretta da parte del Giudice Tutelare al Beneficiario.

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

Vi è la possibilità di estendere copertura assicurativa anche a familiari non a carico se corrisposto il relativo premio aggiuntivo:

- convivente more uxorio se assicurato ex coniuge
- ex coniuge se assicurato convivente more uxorio
- figlio non più assistito da fondi
- genitore convivente

Periodo di Carenza: Periodo di Tempo compreso tra la data di sottoscrizione della polizza e quello in cui si producono tutti gli effetti dell'assicurazione

Polizza collettiva: È il contratto di assicurazione stipulato da un contraente nell'interesse di più assicurati.

Polizza di assicurazione: È il contratto di assicurazione stipulato dal contraente. In esso sono contenute tutte le condizioni contrattuali, sia quelle generali che quelle particolari.

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

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

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

Quadro Sinottico: Schema riassuntivo delle garanzie prestate.

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

Questionario anamnestico: Detto anche questionario sanitario, è il documento che l'impresa di assicurazione può chiedere al contraente di compilare prima della stipulazione di un'assicurazione contro i danni alla persona o di un'assicurazione sulla vita. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute ed alle precedenti malattie o infortuni dell'assicurato. Le informazioni fornite dal contraente servono all'assicuratore per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

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

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

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

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

Rischi esclusi: Sono quelli per i quali non è operante la garanzia prestata dall'assicuratore. I rischi esclusi sono dettagliatamente elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

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

Società: Harmonie Mutuelle

Sottolimita: È l'ammontare che rappresenta l'entità massima dell'obbligazione di pagamento dell'Assicuratore in forza del Contratto d'Assicurazione in relazione ad uno specifico rischio; tale ammontare non si somma a quello del Massimale ma fa parte di esso.

Somma assicurata: È l'importo in relazione al quale l'impresa di assicurazione si impegna a fornire la propria prestazione.

Struttura Sanitaria: Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery, regolarmente autorizzati a fornire assistenza ospedaliera. Ambulatorio o Poliambulatorio medico, centro diagnostico autorizzato.
Non sono considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

Struttura Sanitaria Convenzionata: Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Compagnia ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni

Strutture Sanitarie e Medici Chirurghi e Professionisti Abilitati Convenzionati: Strutture sanitarie, medici chirurghi e professionisti abilitati convenzionati, presso i quali l'Assicurato, previa richiesta telefonica e autorizzazione, può fruire dell'assistenza diretta per prestazioni mediche, interventi chirurgici e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute.
Poiché gli accordi con i medici chirurghi, i professionisti abilitati e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che l'Assicurato ottenga conferma, per il tramite del provider utilizzato e richiamato in polizza, l'effettiva esistenza dell'accordo.

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

Visita specialistica: la visita viene effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative.

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
CAPITOLO 1
OGGETTO ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art 1.1 Oggetto dell'assicurazione

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

Art 1.2 Prestazioni assicurate

Le garanzie di cui al contratto sono prestate in forma collettiva in favore delle persone, che si trovano in rapporto di dipendenza o collaborazione con l'Azienda (persona giuridica) associata alla Contraente di polizza, che risultano stabilmente residenti in Italia o che si recano all'estero per ragioni di lavoro o diporto per non più di 60 giorni all'anno continuativi.

L'assicurazione è prestata a favore degli assicurati nominativamente comunicati dalla contraente ma, le coperture di polizza, potranno essere estese, con versamento del relativo premio, anche al nucleo familiare.

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

L'assicurazione è operante per le garanzie, alle condizioni e nei limiti previsti nel Quadro Sinottico prescelto dalla contraente tra quelli allegati in calce e richiamato in polizza (**allegato 1**), in caso di malattia o infortunio avvenuto durante l'efficacia del presente contratto.

Nell'ipotesi di adesione del nucleo familiare sono inclusi nell'assicurazione:

- i difetti fisici la cui correzione non sia stata possibile o indicata nei primi 3 anni di vita e che rappresentino rischio oggettivo di conseguenze o complicanze patologiche per l'Assicurato.

Art 1.3 Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- a) malattie mentali - tranne la cura di disturbi psichici in genere (psicoterapia) ove ricompresi nelle opzioni di garanzia -, le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, atti di autolesionismo (compreso tentato suicidio), forme maniaco depressive e disturbi di personalità; i disturbi del comportamento alimentare, e loro conseguenze, e le sindromi da esaurimento nervoso sono coperte una sola volta nella vita della polizza;
- b) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- c) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
- d) l'aborto volontario non terapeutico;
- e) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- f) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- g) 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;
- h) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- i) le spese non direttamente inerenti alla cura o l'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili;
- j) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

- k) le conseguenze di guerra, insurrezione generale, operazioni, occupazioni militari ed invasioni movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- l) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale. Sono altresì escluse le prestazioni di routine e/o controllo;
- m) le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla data di decorrenza della copertura o di malformazioni congenite non note al momento della sottoscrizione del contratto, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore ad 1 anno assicurati dalla nascita;
- n) i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
- o) la correzione dei vizi di rifrazione quali ad esempio: miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia;
- p) trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattia e infortunio nonché i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (ricoveri impropri);
- q) i ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in strutture per lunga degenza, le cure termali, i ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona;
- r) le prestazioni determinate da positività HIV ed AIDS e sindromi ad esse correlate, nonché da malattie sessualmente trasmesse;
- s) le prestazioni non espressamente specificate nelle singole garanzie e relativi allegati.

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

Art 1.4 Limite d'età – Persone non assicurabili

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 70° anno di età dell'assicurato. Resta comunque inteso che al compimento del 71° anno di età la Polizza cesserà automaticamente.

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

In nessun caso per queste persone potrà essere opposto l'eventuale incasso di premi venuti a scadenza, che saranno restituiti al Contraente.

Art 1.5 Limiti territoriali

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

Art 1.6 Periodo di carenza

Limitatamente a gruppi di assicurati fino a 10 (dieci) persone - e fermo il pagamento del Premio - le garanzie di polizza sono valide dalle ore 24.00:

- del giorno di effetto dell'assicurazione, per gli infortuni e il check up occorsi o richiesti successivamente a tale data;
- del 30° giorno dalla data di effetto della copertura assicurativa per le malattie;
- del 30° giorno dalla data di effetto della copertura assicurativa per le visite mediche specialistiche e gli accertamenti diagnostici extra ricovero;
- del 60° giorno dalla data di effetto della copertura assicurativa per l'aborto terapeutico e le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio;
- del 150° giorno dalla data di effetto della copertura assicurativa per le spese dentarie;
- del 180° giorno dalla data di effetto della copertura assicurativa per le malattie pregresse;
- del 300° giorno dalla data di effetto della copertura assicurativa per il parto.

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

CAPITOLO 2 DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Art 2.1 Descrizione delle Prestazioni Assicurate

La presente copertura prevede il pagamento delle spese sostenute dagli Assicurati a seguito di Malattia o Infortunio, fino alla concorrenza dei massimali previsti e con i limiti, gli scoperti e le franchigie indicati nel Quadro Sinottico (**allegato 1**), per le seguenti prestazioni sanitarie:

A) GARANZIE OSPEDALIERE

A).1 Grande Interventi Chirurgici

B) GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE

B).1 Alta Specializzazione

B).2 Visite Specialistiche

B).3 Ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso

B).4 Trattamenti Fisioterapici Riabilitativi

C) PACCHETTO MATERNITA'

D) DIAGNOSTICA PREVENTIVA

A) GARANZIE OSPEDALIERE

A).1 Grande Interventi Chirurgici

La garanzia opera in caso di Grande Intervento Chirurgico reso necessario da malattia e infortunio, entro il massimale di 100.000,00 Euro, per ciascun periodo assicurativo e per ogni Assicurato/nucleo. Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" quelli definiti nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992 (**Allegato 2**).

Nella presente garanzia sono comprese le spese che seguono:

- Gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio);

- i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento;

- la retta di degenza esclusi i comfort o i bisogni non essenziali del degente;

- l'assistenza medica e infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, l'acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari applicati durante l'intervento, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, gli esami e i medicinali purché riconducibili al periodo di ricovero e alla patologia che ha comportato il ricovero;

- sono, altresì, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici eseguiti nei giorni precedenti l'intervento (nei termini di cui all'opzione prescelta), nonché gli esami, i medicinali e le prestazioni mediche chirurgiche ed infermieristiche. Si intendono comunque compresi anche i ricoveri per cure, accertamenti e interventi preparatori all'intervento principale o da questo resi necessari e comunque a esso connessi;

- in fine vengono ricompresi anche visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le cure alberghiere) effettuati nei giorni successivi all'intervento chirurgico (nei termini di cui all'opzione prescelta) e che siano la diretta conseguenza di tale evento.

Si precisa che in caso di trapianto d'organi o parte di essi sull'Assicurato sono comprese anche le spese relative al prelievo sul donatore comprese quelle per il trasporto dell'organo.

La presente garanzia viene prestata:

- **esclusivamente in forma diretta** ex art. 5.2 della presente copertura assicurativa.

Qualora non fossero presenti Centri Convenzionati nella provincia di residenza, la garanzia verrà prestata con il limite di € 250 sulla retta di degenza.

B) GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Società assicura le prestazioni sotto riportate, non rientranti in altre garanzie, rese necessarie a seguito di infortunio o malattia, ancorché sospetta, denunciata con le modalità, i termini ed i limiti previsti dalle presenti Condizioni Generali di Assicurazione

B).1 Alta Specializzazione

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Società rimborsa le spese sostenute per gli accertamenti diagnostici e le terapie relative alle prestazioni che seguono:

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

- Amniocentesi dopo il 35° anno di età
- Angiografia
- Angiografia digitale
- Arteriografia digitale
- Arteriografia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Cistografia
- Colonscopia
- Coronarografia
- Dialisi
- Ecocardiografia
- Ecocardiogramma
- Ecocolordoppler (doppler, ecodoppler e colordoppler)
- EGDS (esofagogastrosocopia + gastroscopia +duodenoscopia)
- Flebografia
- Gastroscopia
- Laserterapia
- Mammografia
- Mielografia
- Radionefrogramma
- Rettoscopia
- RMN – Risonanza Magnetico Nucleare
- Radiografia (RX)
- Scintigrafia
- Telecuore
- TAC – Tomografia Ass.le Computerizzata
- Urografia

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

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del **massimale di Euro 5.000,00**, per ciascun periodo assicurativo e per ogni Assicurato/nucleo, previa applicazione - per ciascun sinistro – dei seguenti limiti:

- in **forma diretta**, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici, chirurghi e professionisti abilitati entrambi convenzionati con il provider, previa decurtazione della franchigia fissa di Euro 35,00, che resterà a carico dell'Assicurato. Per i dettagli si rimanda all'**Art.5.2 Forma "Diretta"**;
- in **forma a indiretta**, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici e professionisti abilitati non convenzionati con il provider, previa decurtazione dello scoperto del 25% con un minimo di Euro 70,00, che resterà a carico dell'Assicurato. Per i dettagli si rimanda all'**Art.5.3 Forma "Indiretta"**.

B).2 Visite Specialistiche

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Società rimborsa le spese sostenute per le visite specialistiche, rese necessarie a seguito di infortunio o malattia non rientranti in altre garanzie.

La prestazione in ogni caso non opera per le visite odontoiatriche ed ortodontiche.

La garanzia è prestata solo in forma diretta fino alla concorrenza del **massimale di Euro 700,00**, per ciascun periodo assicurativo e per Assicurato/nucleo familiare, previa decurtazione della franchigia fissa di Euro 35,00, che resterà a carico dell'Assicurato per ogni visita o per ogni serie di visite previsti da un'unica prescrizione medica. La presente garanzia viene prestata **esclusivamente in forma diretta** per i dettagli si rimanda all'**Art.5.2 Forma "Diretta"**.

B).3 Ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Società rimborsa le spese sostenute per accertamenti diagnostici e pronto soccorso, sempre che vengano effettuate presso il SSN. L'importo del ticket sostenuto sarà rimborsato al 100%, fino alla concorrenza del **massimale di Euro 700,00**, per ciascun periodo assicurativo e per Assicurato/nucleo familiare.

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

B).4 Trattamenti Fisioterapici Riabilitativi

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Società rimborsa le spese, sostenute a seguito di infortunio o malattia ancorché non rientranti in altre garanzie, relative a:

- trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati c/o Centri Medici;
- terapie fisiche, compresa la pranoterapia, l'agopuntura, l'elettro-agopuntura e fisioterapia;
- noleggio di apparecchiature per trattamenti fisioterapici e rieducativi;

Le spese sostenute devono sempre esser prescritte da un medico ed effettuati da personale medico o abilitato per tali terapie della riabilitazione. La garanzia è prestata fino alla concorrenza e nel limite del **massimale di Euro 350,00**, per ciascun periodo assicurativo e per Assicurato/nucleo familiare, previa decurtazione dello scoperto del 25%, che resterà a carico dell'Assicurato per ogni trattamento fisioterapico o per ogni serie di trattamenti previsti da un'unica prescrizione medica. La presente garanzia viene prestata **esclusivamente in forma diretta** per i dettagli si rimanda all'**Art.5.2 Forma "Diretta"**.

C) PACCHETTO MATERNITA'

La Società riconosce le seguenti spese:

- le ecografie
- l'amniocentesi,
- la villocentesi,
- le analisi clinico chimiche,
- n. 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n° 6 per gravidanza a rischio).

La garanzia è prestata fino alla concorrenza e nel limite del **massimale di Euro 700,00**, per ciascun periodo assicurativo e per Assicurato/nucleo familiare

La presente garanzia viene prestata:

- in **forma diretta**, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici, chirurghi e professionisti abilitati entrambi convenzionati con il provider, senza l'applicazione di franchigie e scoperti. Per i dettagli si rimanda all'**Art.5.2 Forma "Diretta"**;

- in **forma a indiretta**, in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici e professionisti abilitati non convenzionati con il provider, senza l'applicazione di franchigie e scoperti.

Nel caso in cui *l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale*, la Società **rimborsa integralmente i ticket sanitari** a carico dell'Assicurato. Per i dettagli si rimanda all'**Art.5.3 Forma "Indiretta"**.

In occasione del parto e previa presentazione della relativa cartella clinica o lettera di dimissioni, la Società corrisponderà un'indennità di € 70,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di aborto terapeutico.

D) PACCHETTO DIAGNOSTICA PREVENTIVA

La Società per il tramite della Centrale Operativa mette a disposizione le seguenti prestazioni preventive:

- **Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)**
 - Esame emocromocitometrico completo;
 - Velocità di eritrosedimentazione (VES);
 - Glicemia;
 - Azotemia (Urea);
 - Creatininemia;
 - Colesterolo Totale e colesterolo HDL;
 - Alaninamino transferasi (ALT/GPT);
 - Aspartatoamino transferasi (AST/GOT);
 - Esame delle urine;
 - Omocisteina;
 - Elettrocardiogramma di base;
 - Trigliceridi;
 - Gamma GT;
 - PTT (Tempo di tromboplastina parziale);

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

- PT (Tempo di protrombina);
- **Prestazioni previste per le donne una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)**
 - Esame emocromocitometrico completo;
 - Velocità di eritrosedimentazione (VES);
 - Glicemia;
 - Azotemia (Urea);
 - Creatininemia;
 - Colesterolo Totale e colesterolo HDL;
 - Alaninaminotransferasi (ALT/GPT);
 - Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT);
 - Esame delle urine;
 - Omocisteina;
 - Elettrocardiogramma di base;
 - Trigliceridi;
 - Gamma GT;
 - PTT (Tempo di tromboplastina parziale);
 - PT (Tempo di protrombina)
- **Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)**
 - Esame emocromocitometrico completo;
 - Velocità di eritrosedimentazione (VES);
 - Glicemia;
 - Azotemia (Urea);
 - Creatininemia;
 - Colesterolo Totale e colesterolo HDL;
 - Alaninaminotransferasi (ALT/GPT);
 - Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT);
 - Esame delle urine;
 - Omocisteina;
 - PSA (Specifico antigene prostatico);
 - Ecografia prostatica;
 - Trigliceridi
 - Gamma GT;
 - PTT (Tempo di tromboplastina parziale);
 - PT (Tempo di protrombina)
- **Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)**
 - Esame emocromocitometrico completo;
 - Velocità di eritrosedimentazione (VES);
 - Glicemia;
 - Azotemia (Urea);
 - Creatininemia;
 - Colesterolo Totale e colesterolo HDL;
 - Alaninaminotransferasi (ALT/GPT);
 - Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT);
 - Esame delle urine;
 - Omocisteina;
 - Visita ginecologica e PAP-Test;
 - Trigliceridi;
 - Gamma GT;
 - PTT (Tempo di tromboplastina parziale);
 - PT (Tempo di protrombina)

La presente garanzia viene prestata **esclusivamente in forma diretta** per i dettagli si rimanda all'**Art.5.2 Forma "Diretta"**.

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

CAPITOLO 3 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art 3.1 Tacito rinnovo del contratto

Il contratto assicurativo ha validità di un anno e la sua durata e cessazione sono previste in polizza che è parte integrante del contratto medesimo.

Le Aziende comunicate dalla Contraente entreranno in copertura mediante singoli certificati di assicurazione.

I certificati assicurativi, emessi in ossequio alla polizza collettiva, avranno, sempre la medesima durata della stessa e, conseguentemente, cesseranno i loro effetti nello stesso periodo di scadenza, della polizza collettiva.

In mancanza di disdetta anticipata con lettera raccomandata a/r o a mezzo Pec almeno 30 giorni prima della scadenza indicata in polizza, il contratto, deve intendersi prorogato per una durata uguale a quella originaria -farà fede la data di spedizione come da timbro dell'Ufficio Postale o data di invio del fax/PEC.

Fatto sempre salvo il rinnovo annuale della polizza collettiva, anche per i singoli certificati emessi in ossequio alla stessa, vale il principio del tacito rinnovo e, conseguentemente, la mancata disdetta anticipata degli stessi - con lettera raccomandata a/r o a mezzo Pec - almeno 30 giorni prima della scadenza del certificato determinerà il rinnovo automatico della copertura assicurativa per uguale periodo (un anno).

- **AVVERTENZA** La disdetta del contratto comporta la cessazione delle garanzie assicurative per tutti gli Assicurati.
- **AVVERTENZA** La cessazione della polizza collettiva produce i suoi effetti anche verso i singoli certificati emessi che dovranno intendersi automaticamente anch'essi disdettati venendo meno le relative coperture ivi previste.

Art 3.2 Recesso Anticipato dell'assicurato:

Il Contraente/assicurato può esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto inviando una raccomandata a/r alla Compagnia.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione la Compagnia ha l'obbligo di rimborsare il premio eventualmente corrisposto al netto delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute e della quota parte di premio relativa al periodo nel quale il contratto ha avuto effetto.

Art 3.3 Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente/Assicurato è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto con raccomandata a/r alla Direzione Generale per l'Italia (al seguente indirizzo: Harmonie Mutuelle - sita in Via San Gregorio 48 – Milano 20124) o mail harmoniemutuelle@legalmail.it, oppure all'Intermediario scelto dal Contraente/Assicurato e riconosciuto dalla Società.

Qualunque modificazione del Contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

Le condizioni di Assicurazione potranno esser consegnate anche su supporto duraturo non cartaceo, tramite posta elettronica o con altro servizio di messaggistica elettronica. In qualunque momento, l'assicurato, avrà la facoltà di cambiare le richiamate modalità di trasmissione dati.

Art 3.4 Variazioni di rischio

La Contraente e l'assicurato, hanno l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare il rischio oggetto di assicurazione.

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

Se la variazione implica aggravamento del rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto - e dai singoli certificati emessi - con preavviso di quindici giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

Art 3.5 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

La Società presta la garanzia e ne determina il Premio in base alle dichiarazioni fornite dal Contraente Assicurato, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali che l'impresa, se le avesse conosciute, non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle stesse condizioni, la stessa ha diritto:

a) In caso di dolo o colpa grave art 1892 c.c. di:

- Annullare, recedere e contestare la validità del contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto le inesattezze o le reticenze delle dichiarazioni fornite dal contraente e dall'assicurato;
- In ogni caso rifiutare qualsiasi pagamento al verificarsi di un sinistro;

b) Nel caso non esista dolo o colpa grave art 1893 c.c. di:

- Ridurre, le somme assicurate al verificarsi del sinistro in relazione al maggior rischio accertato;
- Recedere dal contratto entro 3 mesi dal giorno in cui è venuta a conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o della reticenza.

c) Le inesatte indicazioni dell'età dell'assicurato comporta in ogni caso la rettifica delle prestazioni in base all'età reale.

Art 3.6 Oneri fiscali

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

Il contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo l'aliquota in vigore.

Art 3.7 Legge applicabile e rinvio

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

Art 3.8 Assicurazione per conto altrui

La presente assicurazione è stipulata dalla Contraente per tutte le Aziende (persone giuridiche) alla stessa associata e che deciderà di mettere in copertura. Trattasi, quindi, di un'assicurazione per conto altrui e conseguentemente, gli obblighi che ne discendono devono essere adempiuti dalla Contraente.

Art 3.9 Clausola Broker

Agli effetti delle condizioni normative tutte della presente Polizza, l'Impresa dà atto che ogni comunicazione fatta dalla Contraente all'Intermediario, incaricato alla gestione del presente contratto, tramite lettera raccomandata o mail, si intenderà come fatta all'Impresa, come pure ogni comunicazione fatta dall'intermediario all'Impresa, in nome e per conto della Contraente, si intenderà fatta dalla Contraente stessa, facendo fede per la validità la data risultante da uno dei documenti sopraindicati.

Il Broker è sempre responsabile dell'autenticità delle firme apposte sui documenti contrattuali, nonché dell'esattezza della data di perfezionamento indicata nei documenti stessi.

Fermo restando che la presente Polizza Assicurativa è stipulata e sottoscritta in adempimento a quanto previsto dall'art. 66 del Regolamento Ivass 40/2018 il broker nella sua qualità di Distributore ai sensi dell'art. 2 comma 1 lett. p) del ridetto Regolamento, con la distribuzione del prodotto si impegna espressamente a:

- rispettare gli obblighi in materia di Conflitti di interesse di cui all'art. 119 bis, commi 6 e 7 del D. Lgs. 209/2005 come richiamate dall'art. 55 del Regolamento Ivass 40/2018;
- rispettare gli obblighi in materia di Informativa precontrattuale e contrattuale di cui agli artt. 185 e seguenti del D. Lgs. 209/2005 come richiamati dall'art. 56 comma 3 lett. b) del Regolamento Ivass 40/2018;
- rispettare gli obblighi in materia di Informativa sulle remunerazioni come richiamati dall'art. 57 del Regolamento Ivass 40/2018;
- rispettare gli obblighi in materia di Valutazione delle richieste ed esigenze del contraente come richiamati dall'art. 58 del Regolamento Ivass 40/2018;
- rispettare gli obblighi in materia di Documentazione da consegnare come richiamati dall'art. 60 del Regolamento Ivass 40/2018;
- rispettare gli obblighi in materia di Modalità dell'Informativa come richiamati dall'art. 61 del Regolamento Ivass 40/2018;

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

- consegnare ex art. 66 del Regolamento Ivass 40/2018 a ciascun Assicurato/Aderente la documentazione precontrattuale e contrattuale con le modalità scelte dal contraente ai sensi dell'art. 120-quater del Codice letto in combinato disposto con l'art. 4 del regolamento Ivass 41/18.

- applicare tutti gli obblighi di cui sopra oltre che nei confronti del Contraente anche nei confronti dei singoli Assicurati/Aderenti;

Il broker si impegna, altresì:

- a verificare il possesso dei requisiti per l'entrata in copertura dell'assicurato e a raccogliere il consenso dello stesso;
- a consegnare all'Assicurato copia del Set informativo comprensivo delle relative Condizioni di assicurazione;
- ad informare l'Assicurato che qualsiasi comunicazione con la Compagnia dovrà essere effettuata per il tramite della Contraente o dell'Intermediario eventualmente incaricato, indicando agli stessi che in caso di reclamo o sinistro gli assicurati dovranno contattare direttamente la Compagnia;
- ad avvisare l'assicurato che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto alla conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione oltre che, la copertura ed il relativo premio sono determinati in base alle informazioni e dichiarazioni fornite dal Contraente, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile;
- ad avvisare l'assicurato prima di eventuale sottoscrizione del questionario sanitario, di verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso. E che l'assicurato può sempre chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Art 3.10 Rinuncia alla Rivalsa

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

Art 3.11 Altre assicurazioni

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

Art.3.12 Documentazione da consegnare all'Aderente al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva

La contraente del contratto si obbliga ex art. 66 Reg. Ivass 40/18 a consegnare ai soggetti assicurati al momento dell'adesione della Polizza Collettiva – direttamente o per tramite dell'intermediario di cui si avvale per il collocamento del prodotto – il set informativo comprensivo delle condizioni generali di Assicurazione.

Le condizioni generali di Assicurazione potranno essere consegnate ai soggetti assicurati anche su supporto duraturo non cartaceo, tramite posta elettronica o con altro servizio di messaggistica elettronica sempre che l'assicurato ne abbia accettato le modalità.

All'Aderente dovranno essere sempre consegnati i seguenti documenti:

- a) Copia del Modulo di Adesione sottoscritta comprensivo dell'Informativa privacy;
- b) set informativo comprensivo di Condizioni Generali di assicurazione e Glossario;

la contraente e/o l'intermediario si rendono responsabili dell'esatta compilazione del modulo di adesione.

Una copia integrale del Modulo di Adesione dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente all'Impresa qualora ne faccia richiesta.

Qualunque alterazione, variazione od aggiunta apportata al testo dei documenti di cui sopra, renderà nulla e quindi inoperante l'Assicurazione.

Nel caso di aderente persona giuridica, la stessa, coadiuverà la contraente nelle attività di comunicazione e consegna ai singoli beneficiari della polizza del set informativo e delle condizioni generali di assicurazione.

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

CAPITOLO 4 PREMIO DI ASSICURAZIONE

Art 4.1 Identificazione delle persone assicurate

L'assicurazione vale per le persone nominativamente comunicate dalla Contraente prima dell'inizio della copertura. La Contraente, al momento della conclusione del contratto di assicurazione, dovrà comunicare, attraverso supporto elettronico informatico (file formato excel), alla Compagnia, i seguenti dati per ciascuna delle Aziende alla stessa Associata e al quale vorrà garantire le coperture di cui al contratto:

- Denominazione della Società (sede, P.I.)
- Generalità degli assicurati alla stessa facenti capo (CF, Nome, cognome, data nascita e sesso)
- Forma di assistenza prescelta per l'assicurato (singola o a nucleo)
 - (se a nucleo) indicazione delle generalità degli altri componenti il nucleo
- Tipologia di garanzia prescelta (tra i quadri sinottici di cui in polizza)
- Data inizio copertura
- Data fine copertura
- Eventuale Frazionamento del pagamento del premio
- Premio assicurativo lordo annuo
- In caso di frazionamento del premio la quota che la contraente deve versare all'emissione del contratto

Sulla base di tale comunicazione, la Società emetterà un Certificato di Assicurazione e procederà alla determinazione del premio iniziale che dovrà esser anticipato.

Tutte le successive variazioni relative alle persone assicurate dovranno essere comunicate – con le medesime modalità di cui sopra - alla Società entro e non oltre il termine di 30 giorni dal momento in cui si sono verificate.

La Società ne prende atto alla ricorrenza annuale della copertura mediante emissione di appendice di regolazione del premio.

Art 4.2 Determinazione del Premio

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

Il premio annuale lordo dovuto dalla Contraente, per ogni singolo assicurato inserito in copertura, - comprensivo degli oneri fiscali - è commisurato all'opzione di garanzia prescelta al momento dell'inclusione in copertura.

Il premio è sempre determinato per periodo di assicurazione di 365 (trecentosessantacinque) giorni, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche qualora ne fosse stato concesso il frazionamento in due o più rate.

Il pagamento del premio – anche nelle ipotesi di rinnovo - deve sempre avvenire in via anticipata per l'intera annualità assicurativa e deve esser versato alla Direzione della Società, esclusivamente a mezzo bonifico bancario sulle coordinate dalla stessa comunicate. Ove sia prevista l'intermediazione della polizza, i premi dovranno invece, essere versati all'Intermediario Assicurativo.

Nell'ipotesi di pagamento rateale del premio, la prima rata dovrà essere versata alla consegna della polizza; le rate successive vengono pagate contro rilascio di quietanze emesse dalla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnate.

- **Avvertenza** A giustificazione del mancato pagamento dei premi, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

Art 4.3 Regolazione delle persone assicurate

L'assicurazione vale per le persone nominativamente comunicate dalla Contraente prima dell'inizio della copertura ma, la copertura assicurativa, s'intende operante anche per gli Assicurati che verranno inclusi in polizza nel corso dell'annualità assicurativa.

Resta comunque inteso che, le eventuali inclusioni in copertura successive alla data di sottoscrizione della polizza, avranno una durata inferiore all'anno cosicché, la loro cessazione, coinciderà sempre con la scadenza della polizza collettiva stessa.

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

Entro 90 giorni dal termine di ciascun anno assicurativo la Società, in base alle comunicazioni di variazione (inclusioni/esclusioni) ricevute in corso d'anno, emetterà appendice di regolazione premio computando:

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

- **Avvertenza** Nessun rimborso di premio sarà dovuto per le cessazioni in corso d'anno, fermo l'obbligo del Contraente di inviare comunicazione di cessazione nei termini convenuti; in proposito la Società si impegna a garantire le prestazioni assicurate fino alla fine dell'annualità per la quale è stato pagato il premio
- **Avvertenza.** Per il computo della regolazione del premio e le modalità di calcolo dell'anno assicurativo (primo e secondo semestre) farà sempre fede la data di emissione della polizza collettiva.
- **Avvertenza** La Società non emette documenti riepilogativi. Eventuali rilievi sui dati riportati sui documenti dovranno essere comunicati alla Società entro trenta giorni dal ricevimento. In mancanza di rilievi il documento si intenderà controllato e ritenuto esatto.

Art 4.4 Effetto della copertura

Il Contratto Assicurativo ha durata annuale e produce i suoi effetti dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se in quel momento il premio risulterà pagato; in caso diverso, l'assicurazione resta sospesa e il contratto ricomincerà a decorrere dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze del contratto. Nell'ipotesi di rateizzo del premio, per le rate successive alla prima, è concesso un termine di rispetto di 30 (trenta) giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno di pagamento del premio e delle spese, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

Trascorso il termine di rispetto di cui sopra la Società ha diritto di dichiarare il contratto risolto di diritto, fermo il diritto ai premi scaduti.

- **Avvertenza** Se il sinistro si verifica durante il periodo di sospensione delle garanzie di cui sopra, la Società, non corrisponderà all'assicurato e/o ai suoi aventi diritto alcuna somma eventualmente dovuta ai sensi delle presenti Condizioni di polizza e ciò anche nel caso di successivo pagamento del

Previo pagamento del premio dovuto, la copertura assicurativa per le Aziende associate in corso d'anno, avrà effetto dalle ore 24.00 del primo giorno successivo a quello in cui è stata fatta la comunicazione alla Compagnia di inclusione in copertura.

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

CAPITOLO 5 NORME IN CASO DI SINISTRO

● AVVERTENZA

Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri la società si avvale di Strutture Operative esterne.

Art. 5.1. Denuncia del danno e obblighi dell'Assicurato

L'assicurato deve presentare la denuncia del sinistro alla struttura atta alla gestione dei sinistri ed individuata in : "My Assistance" così come meglio spiegato negli articoli che seguono, secondo le modalità ivi previste entro 3 giorni da quando lo stesso ne ha avuto conoscenza.

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

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

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

Se dolosamente non viene adempiuto agli obblighi previsti dal presente articolo, l'Assicurato perde il diritto all'indennizzo; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

Si precisa in ogni caso che, sia per la "prestazione diretta" che per la "prestazione indiretta", il costo delle eventuali traduzioni relative alla documentazione medica presentata dall'Assicurato, sono a totale carico dello stesso.

L'Assicurato riconosce espressamente che la Società e MyAssistance non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dal Network Sanitario Convenzionato.

Si precisa in ogni caso che, sia per la "prestazione diretta" che per la "prestazione indiretta", il costo delle eventuali traduzioni relative alla documentazione medica presentata dall'Assicurato, sono a totale carico dello stesso.

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

- **Forma "Diretta"**: l'Assicurato usufruisce delle prestazioni sanitarie presso uno delle strutture convenzionate (i.e., Network Convenzionato) con la Società. In questo caso, se il costo delle prestazioni è compreso nei limiti e nei massimali previsti in polizza, l'Assicurato non effettua alcun pagamento alla Struttura sanitaria appartenente al Network Convenzionato al netto di eventuali scoperti o minimi non indennizzabili. Se il costo delle prestazioni supera il limite e i massimali previsti dalla polizza l'assicurato deve pagare alla Struttura Sanitaria appartenente al Network Convenzionato esclusivamente la differenza tra il costo delle prestazioni e quanto previsto dalla polizza oltre eventuali scoperti e/o minimi non indennizzabili.
- **Forma "Indiretta"**: l'Assicurato invia le ricevute che attestano le spese sanitarie sostenute presso una qualsiasi struttura sanitaria non convenzionata con la Società. Qualora ne sussistano i presupposti, l'Assicurato riceverà il rimborso delle predette spese (nei limiti e nei massimali previsti in Polizza e con l'applicazione degli eventuali scoperti e/o minimi non indennizzabili) mediante bonifico bancario, per il tramite della Società.
- **Forma "Mista"**: tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private) convenzionate con MyAssistance e medici chirurghi o professionisti abilitati (anche in regime di intramoenia) non convenzionati.

Art. 5.2 Forma Diretta

- Scelta della Struttura Sanitaria e della equipe medico/chirurgica di fiducia

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

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

LA CENTRALE OPERATIVA

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

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

In caso di intervento chirurgico, la Centrale Operativa verifica presso la struttura sanitaria che anche l'equipe medica/chirurgica sia convenzionata e che la prestazione richiesta sia indennizzabile a termini di polizza. Qualora l'equipe medica/chirurgica non sia convenzionata, la Centrale Operativa autorizzerà le spese riferite alla Casa di Cura prescelta, mentre gli onorari dell'equipe medico/chirurgica verranno saldati direttamente dall'Assicurato all'atto delle dimissioni, salvo successivo rimborso da parte della Società secondo quanto previsto dalla presente polizza.

- RICHIESTA DI PRESTAZIONE IN FORMA DIRETTA

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

3 giorni lavorativi in caso di Ricovero Ospedaliero

2 giorni lavorativi per le ulteriori prestazioni

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

mail: sinistri.harmonie@myassistance.it

o fax: +39 02 871.819.75

la prescrizione del medico, indicante la diagnosi di malattia accertata o presunta, la data di insorgenza, la prestazione richiesta, e l'indicazione del Centro Sanitario prescelto, del giorno e dell'ora dell'appuntamento.

- **Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale - al fine di ottenere la prestazione - che l'Assicurato acceda agli operatori sanitari esclusivamente contattando la centrale operativa, in mancanza del quale il servizio non è operante.**

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

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

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

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

- ACCETTAZIONE PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA

Al momento dell'ingresso nella struttura, l'Assicurato deve firmare per accettazione il "Modulo di presa in carico" nel quale vengono indicati gli eventuali importi (scoperti, franchigie ecc.) o tipologie di spese che rimangono a termini di polizza a suo carico e che quindi lo stesso dovrà saldare direttamente all'atto della dimissione.

Per le prestazioni fuori ricovero l'Assicurato dovrà presentarsi presso il Centro Convenzionato munito di richiesta del proprio medico curante, indicante la prestazione da effettuare e la patologia sofferta.

L'Assicurato prende atto del fatto che l'Istituto di Cura, all'atto della dimissione, invierà a My Assistance tutta la documentazione sanitaria inerente al ricovero, con particolare riguardo alla copia della cartella clinica e ai documenti fiscali (fatture, parcelle, etc.) affinché quest'ultima possa provvedere alla valutazione e alla successiva liquidazione diretta delle somme dovute.

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

Altri titoli di spesa, per i quali l'Assicurato abbia diritto al rimborso ai sensi delle condizioni di polizza dovranno essere inviati dall'Assicurato stesso a My Assistance che provvederà alla relativa liquidazione.

In tutti i casi in cui per qualsivoglia motivo non fosse operante la Polizza per il pagamento diretto da parte della Società delle spese di cura e ricovero, l'assistenza sarà prestata in forma indiretta.

- **Qualora da controlli amministrativi successivi, risultasse che la Copertura Sanitaria non sia attiva per l'annualità in corso oppure, risultasse la mancanza della regolarità amministrativa della polizza o della singola posizione, l'Assicurato dovrà saldare personalmente alla Struttura Sanitaria TUTTE le spese sostenute anche se precedentemente autorizzate in regime di Assistenza Diretta.**

Art. 5.3: Forma "Indiretta"

Qualora non ci si avvalga dei Servizi Convenzionati con la Società o non si sia concordato preventivamente con la centrale operativa l'attivazione dell'Assistenza "Diretta" con le modalità indicate, l'Impresa effettua il rimborso delle prestazioni all'Assicurato, secondo i limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di Assicurazione.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto per singolo evento a cura ultimata e dietro presentazione, in copia ed unitamente al modulo di richiesta di rimborso opportunamente predisposto, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, accompagnate, in caso di ricovero, dalla cartella clinica completa.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato e il rimborso avviene in favore dell'Assicurato stesso o degli eredi legittimi previa presentazione dell'atto notorio e di iban cointestato agli eredi del de cuius. In caso di presenza di minori eredi risulta necessario, inoltre, ricevere l'ordinanza del Giudice Tutelare.

- **Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte ed effettuate da medico, corredate dalla relativa diagnosi/presunta diagnosi, nonché fatturate da un Istituto di Cura, da uno studio medico, da medico specialista e/o da personale abilitato ad effettuare le prestazioni prescritte.**

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato entro 30 giorni lavorativi a partire dalla data di ricevimento della necessaria documentazione medica e delle relative notule e fatture in copia, come soprariportato, pervenuta per il tramite del Broker o portale Web.

Per richiedere alla Società il rimborso delle spese sanitarie pagate direttamente, nei limiti e nei massimali previsti dalla Polizza, l'Assicurato potrà procedere:

in modalità cartacea:

inviando, l'apposito modulo e ai relativi documenti indicati al paragrafo precedente, al seguente indirizzo:

MyAssistance
Via delle Tuberose, 14 20146 Milano (MI)

in modalità digitale:

Dovrà accedere alla propria **area riservata** sul portale web di MyAssistance.

Le richieste acquisite perverranno direttamente alla Società che procederà alla valutazione dei rimborsi dovuti secondo le condizioni di Polizza.

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

In caso di spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia; la relativa documentazione dovrà essere prodotta dall'Assicurato corredata da traduzione in lingua italiana, a totale carico dello stesso.

Art. 5.4: Forma "Mista"

La Compagnia paga direttamente alla struttura sanitaria convenzionata la componente di spesa indennizzabile a termini di polizza relativa alla struttura sanitaria, al netto di scoperti e/o franchigie indicati nel Certificato di Polizza, che rimangono a carico dell'Assicurato. L'Assicurato, invece, sostiene in proprio la componente di spesa relativa ai medici o professionisti abilitati non convenzionati richiedendone successivamente il rimborso alla Compagnia.

- **Tutte le spese indennizzabili a termini di polizza vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di scoperti e/o franchigie indicati nella Scheda riassuntiva opzione di garanzia, che rimangono a suo carico.**

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private) convenzionate con MyAssistance e medici chirurghi o professionisti abilitati (anche in regime di intramoenia) non convenzionati.

Art. 5.5 Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extra ricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate sulla base dei limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di assicurazione e secondo le modalità indicate ai precedenti punti “forma diretta”, “forma indiretta” e “forma mista”. Nel caso di richiesta di corresponsione dell’indennità sostitutiva, l’Assicurato dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all’originale.

Art 5.6 Pagamento dell’indennizzo e Richiesta di rimborso tramite upload

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

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

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

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

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

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

Art 5.7 Gestione della documentazione di spesa

- Prestazioni in strutture sanitarie Convenzionate con la Società:

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all’Assicurato.

- Prestazioni in strutture sanitarie Non Convenzionate con la Società:

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – si restituirà all’Assicurato, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l’Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede a mettere a disposizione degli interessati, per il tramite della propria AREA RISERVATA:

un riepilogo delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e valutate nel corso del mese;

un riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell’anno con l’indicazione dell’importo richiesto, dell’importo liquidato e dell’eventuale quota di spesa rimasta a carico dell’Assicurato.

Art 5.8 Collegio Medico

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze dell’infortunio (o della malattia), la Società e l’Assicurato potranno conferire mandato ad un Collegio di tre medici. Le decisioni del Collegio saranno prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa. La proposta di convocare il Collegio medico deve partire dall’Assicurato o dagli aventi diritto, entro trenta giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione della Società e deve essere fatta per iscritto con l’indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunicherà all’Assicurato, entro trenta giorni, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato. Il terzo medico viene scelto dalla Società e dall’Assicurato entro una terna di medici proposta dai due primi medici designati; in caso di disaccordo, il terzo medico è designato dal Segretario dell’Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell’Istituto di Medicina Legale, più vicino al

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

luogo di residenza dell'Assicurato. Nominato il terzo medico, la Società convocherà il Collegio invitando l'Assicurato o gli aventi diritto a presentarsi. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. La decisione del collegio medico è obbligatoria per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale. Eventuali spese legali e/o di assistenza sostenute dalle parti durante tutta l'attività di gestione del sinistro e di arbitrato devono ritenersi sempre ed interamente compensate fra le stesse.

Art 5.9 Foro competente

Per ogni controversia è competente, a scelta della parte attrice, l'autorità giudiziaria che ha giurisdizione nella Sede, residenza o domicilio elettivo della Società, del Contraente o dell'avente diritto.

Art 5.10 Reclami

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

**UFFICIO RECLAMI
HARMONIE MUTELLE ITALIA
Via San Gregorio, 48
MILANO**

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

- Nome, Cognome, indirizzo completo dell'esponente;
- Numero della Polizza e nominativo del Contraente;
- Numero e data del Sinistro al quale si fa riferimento;
- Indicazioni del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

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

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

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

Art 5.11 Termini di prescrizione

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

QUADRO SINOTTICO

ALLEGATO 1

GARANZIE	CONDIZIONI	LIMITI
Ospedaliera		
Grande Intervento Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" quelli definiti nella tariffa Nazionale O.d.M., D.P.R. del 17/02/1992 (Allegato 2). Sono altresì ricomprese le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), gli esami, le analisi di laboratorio, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le prestazioni chirurgiche e infermieristiche, le terapie effettuati nei giorni precedenti/successivi l'inizio o il termine del ricovero, del Day Surgery o dell'Intervento Chirurgico Ambulatoriale purché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il successivo/precedente ricovero o intervento chirurgico.	Massimale	Euro 100.000,00
	In rete	Rimborso del 100%
	Fuori rete	Non previsto
	Se inesistenti Centri Convenzionati nella provincia di residenza	Rimborso massimo € 250,00 sulla retta di degenza
	Spese pre/post	150 gg
Extraspedaliere		
Alta specializzazione (Si considera Alta specializzazione l'elenco di cui all' Allegato 3).	Massimale	Euro 5.000,00
	In rete	Franchigia fissa Euro 35,00
	Fuori rete	Scoperto 25% - min Euro 70,00
Visite Specialistiche Sono Comprese le visite specialistiche, rese necessarie a seguito di infortunio o malattia ancorché sospetta denunciata e non rientranti in altre garanzie.	Massimale	Euro 700,00
	In rete	Franchigia fissa Euro 35,00
	Fuori rete	Non previsto
Ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso Sono Compresi: accertamenti diagnostici e pronto soccorso, sempre che vengano effettuate presso il SSN	Massimale	Euro 700,00
	Ticket	Rimborso al 100 %
Trattamenti Fisioterapici Riabilitativi Sono compresi: trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati c/o Centri Medici; terapie fisiche, compresa la pranoterapia, l'agopuntura, l'elettro-agopuntura e fisioterapia; noleggio di apparecchiature per trattamenti fisioterapici e rieducativi.	Massimale	Euro 350,00
	Condizioni	Scoperto 25%
PACCHETTO MATERNITA' Sono comprese: le ecografie, l'amniocentesi, la villocentesi, le analisi clinico chimiche, n. 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n° 6 per gravidanza a rischio).	Massimale	Euro 700,00
	Condizioni	No franchigia, no scoperti
	Ticket	Rimborso al 100%
	Parto e aborto terapeutico	Indennità giornaliera Euro 70,00 - max 7 gg
PACCHETTO DIAGNOSTICA PREVENTIVA	Prevenzione Cardiovascolare Uomo	1 volta l'anno
	Prevenzione Cardiovascolare Donna	1 volta l'anno
	Prevenzione Oncologica Uomo > 45 anni	1 volta ogni due anni
	Prevenzione Oncologica Donna > 35 anni	1 volta ogni due anni

ALLEGATO 2 GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

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

	GASTRECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA ESTESA CON SPLENOPANCREASECTOMIA SINISTRA ASSOCIATA
	GASTRECTOMIA TOTALE PER PATOLOGIA BENIGNA
	RESEZIONE GASTRO DUODENALE
	RESEZIONE GASTRO-DIGIUNALE PER ULCERA PEPTICA ANASTOMOTICA
	VARICI GASTRICHE (EMOSTASI CHIRURGICA)
Intestino: Digiuno - Ileo - Colon - Retto - Ano	
	<i>Trattamenti terapeutici iniettivi: trattamento con tossina botulinica per le ragadi anali e trattamento con sclerosanti per le emorroidi.</i>
	AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE SEC. MILES, TRATTAMENTO COMPLETO
	ANO PRETERNATURALE, CHIUSURA, RICOSTRUZIONE CONTINUITÀ
	ANOPLASTICA (COME UNICO INTERVENTO)
	BY-PASS GASTRO INTESTINALI O INTESTINALI PER PATOLOGIE MALIGNHE
	COLECTOMIA SEGMENTARIA CON LINFOADENECTOMIA ED EVENTUALE COLOSTOMIA
	COLECTOMIA TOTALE (COMPRESA EVENTUALE STOMIA)
	COLECTOMIA TOTALE CON LINFOADENECTOMIA (COMPRESA EVENTUALE STOMIA)
	EMICOLECTOMIA DESTRA CON LINFOADENECTOMIE
	EMICOLECTOMIA SINISTRA CON LINFOADENECTOMIE ED EVENTUALE COLOSTOMIA (HARTMANN ED ALTRE)
	MEGACOLON, INTERVENTO PER
	MEGACOLON: COLOSTOMIA
	PROCTO-COLECTOMIA TOTALE CON POUCH ILEALE
	RESEZIONE DEL SIGMA-RETTO PER PATOLOGIA MALIGNA CON EVENTUALI LINFOADENECTOMIE ASSOCIATE
	RESEZIONE RETTO-COLICA ANTERIORE (ANCHE ULTRA BASSA) COMPRESA LINFOADENECTOMIA ED EVENTUALE COLONSTOMIA
	RETTO, AMPUTAZIONE DEL, PER NEOPLASIA DELL'ANO, COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA INGUINALE BILATERALE
	TUMORE MALIGNO DEL RETTO, PER VIA TRANS-ANALE O CON MICROCHIRURGIA ENDOSCOPICA TRANS-ANALE (TEM), ASPORTAZIONE DI
Peritoneo	
	OCCLUSIONE INTESTINALE CON RESEZIONE
Fegato e vie biliari	
	ANASTOMOSI PORTO-CAVA O SPLENO-RENALE O MESENTERICA-CAVA
	COLECISTOSTOMIA PER NEOPLASIE NON RESECABILI
	COLEDOCO/EPATICO/DIGIUNO/DUODENOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA
	COLEDOCO-EPATICO DIGIUNOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA
	COLEDOCO-EPATICO DUODENOSTOMIA CON O SENZA COLECISTECTOMIA
	DEARTERIALIZZAZIONE EPATICA, CON O SENZA CHEMIOTERAPIA
	DECONNESSIONE AZYGOS-PORTALE PER VIA ADDOMINALE
	PAPILLA DI VATER, EXERESI
	PAPILLA DI VATER, AMPULLECTOMIA PER CANCRO CON REIMPIANTO DEL DOTTO DI WIRSUNG E COLEDOCO
	RESEZIONI EPATICHE MAGGIORI
	RESEZIONI EPATICHE MINORI
	TERMOABLAZIONE CON RADIOFREQUENZA DI TUMORI EPATICI, QUALSIASI VIA DI ACCESSO
	TRAPIANTO DI FEGATO (OMNICOMPRESIVO DI SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Pancreas - Milza	
	CEFALO DUODENO PANCREASECTOMIA COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	DERIVAZIONI PANCREATICO-WIRSUNG DIGESTIVE
	NEOPLASIE DEL PANCREAS ENDOCRINO, INTERVENTI PER
	PANCREATECTOMIA SINISTRA COMPRESA SPLENECTOMIA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	PANCREATECTOMIA TOTALE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA)
	SPLENECTOMIA
	TRAPIANTO DI PANCREAS (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Chirurgia oro-maxillo-facciale	
	FRATTURA ZIGOMO, ORBITA, TERAPIA CHIRURGICA PER
	FRATTURE DEI MASCELLARI, TERAPIA CHIRURGICA DI
	FRATTURE DEL SENO FRONTALE, TERAPIA CHIRURGICA DI
	FRATTURE DELLA MANDIBOLA E DEL CONDILO, TERAPIA CHIRURGICA DELLE (COMPRESA L'EVENTUALE FISSAZIONE CON FERULE)
	FRATTURE MANDIBOLARI, RIDUZIONE CON FERULE
	GHIANDOLA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE PER NEOPLASIE MALIGNHE, COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	LINGUA E PAVIMENTO ORALE, INTERVENTO PER TUMORI MALIGNI CON SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE FUNZIONALE O RADICALE
	LINGUA E PAVIMENTO ORALE, INTERVENTO PER TUMORI MALIGNI SENZA SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE
	MALFORMAZIONI DENTO-MAXILLO-FACCIALI DELLA MANDIBOLA E DELLA MASCELLA (PROGENISMO, MICROGENIA, PROGNATISMO, MICROGNATIA, LATERODEVIAZIONI MANDIBOLARI, ETC.), COMPRESA MENTOPLASTICA SUL MASCELLARE SUPERIORE O SULLA MANDIBOLA
	MANDIBOLA, RESEZIONE PARZIALE PER NEOPLASIA DELLA, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE MONOLATERALE

	MANDIBOLA, RESEZIONE PARZIALE PER NEOPLASIA DELLA, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE BILATERALE
	MASCELLARE SUPERIORE PER NEOPLASIE, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE MONOLATERALE, RESEZIONE DEL
	MASCELLARE SUPERIORE PER NEOPLASIE, COMPRESO EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE RADICALE O FUNZIONALE BILATERALE, RESEZIONE DEL
	MASSICCIO FACCIALE, OPERAZIONE DEMOLITRICE PER TUMORI CON SVUOTAMENTO ORBITARIO
	NEOPLASIE MALIGNI DEL LABBRO/GUANCIA CON SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE DI
	NEOPLASIE MALIGNI DEL LABBRO/GUANCIA SENZA SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE, ASPORTAZIONE DI
	NEOPLASIE MALIGNI LIMITATE DEL LABBRO O DEI TESSUTI MOLLI DELLA CAVITÀ ORALE, ASPORTAZIONE DI
	PARALISI DINAMICA O STATICA DEL NERVO FACCIALE, PLASTICA PER
	PAROTIDECTOMIA PARZIALE CON EVENTUALE RISPARMIO DEL NERVO FACCIALE
	PAROTIDECTOMIA TOTALE O SUB-TOTALE
Chirurgia pediatrica	
	ASPORTAZIONE TUMORE DI WILMS
	ATRESIA DELL'ANO CON FISTOLA RETTO-URETRALE, RETTO-VULVARE: ABBASSAMENTO ADDOMINO PERINEALE
	ATRESIA DELL'ANO SEMPLICE: ABBASSAMENTO ADDOMINO-PERINEALE
	ESOFAGO, ATRESIA O FISTOLE CONGENITE DELL'
	FISTOLA E CISTI DELL'OMBELICO: DAL CANALE ONFALOMESENTERICO CON RESEZIONE INTESTINALE
Chirurgia plastica ricostruttiva	
	<i>Tumori superficiali: neoformazioni soprafasciali; Tumori profondi: neoformazioni sottofasciali. Non sono considerate come prestazioni rimborsabili, i trattamenti laser e/o chirurgici delle teleangectasie, angiomi rubini, spider nevi ed analoghi. Sono escluse le prestazioni con finalità estetiche.</i>
	APLASIA DELLA VAGINA, RICOSTRUZIONE PER
	INTERVENTO DI PUSH-BACK E FARINGOPLASTICA
	MALFORMAZIONI COMPLESSE DELLE MANI E DEI PIEDI
	STATI INTERSESSUALI, CHIRURGIA DEGLI
	TRASFERIMENTO DI LEMBO LIBERO MICROVASCOLARE
Chirurgia toraco-polmonare	
	BILOBECTOMIA, INTERVENTO DI (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	DECORTICAZIONE PLEURO POLMONARE, INTERVENTO DI
	FERITA TORACO-ADDOMINALE CON LESIONI VISCERALI
	FISTOLE DEL MONCONE BRONCHIALE DOPO EXERESI O INTERVENTI ASSIMILABILI, INTERVENTO PER
	FISTOLE ESOFAGO-BRONCHIALI, INTERVENTI DI
	LINFOADENECTOMIA MEDIASTINICA (COME UNICO INTERVENTO)
	NEOPLASIE MALIGNI COSTE E/O STERNO (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	NEOPLASIE MALIGNI DEL DIAFRAMMA (COME FASE DI INTERVENTO PRINCIPALE)
	NEOPLASIE MALIGNI DELLA TRACHEA (COMPRESA PLASTICA ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	NEOPLASIE MALIGNI E/O CISTI DEL MEDIASTINO (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PLEURECTOMIE (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PLEUROPNUEMECTOMIA (COMPRESA EVENTUALE LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PNEUMECTOMIA, INTERVENTO DI (COMPRESA LINFOADENECTOMIA E/O BIOPSIA)
	PNEUMECTOMIA CON RESEZIONE DI TRACHEA E ANASTOMOSI TRACHEO-BRONCHIALE
	RESEZIONE BRONCHIALE CON REIMPIANTO
	RESEZIONE SEGMENTARIA O LOBECTOMIA (COMPRESA EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)
	RESEZIONI POLMONARI SEGMENTARIE ATIPICHE SINGOLE O MULTIPLE (COMPRESA EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)
	RESEZIONI SEGMENTARIE TIPICHE (COMPRESA EVENTUALI LINFOADENECTOMIE)
	TIMECTOMIA
	TORACOPLASTICA, PRIMO TEMPO
	TORACOPLASTICA, SECONDO TEMPO
	TRAPIANTO DI POLMONE (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Chirurgia vascolare	
	ANEURISMI AORTA ADDOMINALE O AORTA TORACICA + DISSECAZIONE: RESEZIONE E INNESTO PROTETICO (A CIELO APERTO)
	ANEURISMI ARTERIE DISTALI DEGLI ARTI, RESEZIONE E/O INNESTO PROTETICO (A CIELO APERTO)
	ANEURISMI, RESEZIONE E INNESTO PROTETICO: ARTERIE ILIACHE, FEMORALI, POPLITEE, OMERALI, ASCELLARI, GLUTEE, ARTERIE VISCERALI E TRONCHI SOVRAORTICI (A CIELO APERTO)
	BY-PASS AORTO-ANONIMA, AORTO-CAROTIDEO, CAROTIDO-SUCCLAVIO
	BY-PASS AORTO-ILIACO O AORTO-FEMORALE
	BY-PASS AORTO-RENALE O AORTO-MESENTERICO O CELIACO ED EVENTUALE TEA E PLASTICA VASALE
	TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE DI ANEURISMI O ANEURISMI DISSECANTI DELL'AORTA TORACICA
	TROMBOENDOARTERIECTOMIA E BY-PASS E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI
	TROMBOENDOARTERIECTOMIA E PATCH E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI
	TROMBOENDOARTERIECTOMIA E INNESTO PROTETICO E/O EMBOLECTOMIA DI TRONCHI SOVRAORTICI (QUALSIASI TECNICA)
Ginecologia	

	ISTERECTOMIA RADICALE PER VIA LAPAROTOMICA O VAGINALE CON LINFOADENECTOMIA PELVICA E/O LOMBOAORTICA, COMPRESA PLASTICA VAGINALE ANTERIORE E/O POSTERIORE
	TUMORI MALIGNI VAGINALI CON LINFOADENECTOMIA, INTERVENTO RADICALE PER
	TUMORI MALIGNI VAGINALI SENZA LINFOADENECTOMIA, INTERVENTO RADICALE PER
	VULVECTOMIA PARZIALE CON LINFOADENECTOMIA BILATERALE DIAGNOSTICA DEI LINFONODI INGUINALI SUPERFICIALI, INTERVENTO DI
	VULVECTOMIA RADICALE ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA INGUINALE E PELVICA, INTERVENTO DI
Neurochirurgia	
	<i>Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.</i>
	ANASTOMOSI VASI INTRA-EXTRA CRANICI
	CERNIERA ATLANTO-OCIPITALE, INTERVENTO PER MALFORMAZIONI PER VIA ANTERIORE O POSTERIORE
	CORDOTOMIA, RIZOTOMIA E AFFEZIONI MIELORADICOLARI VARIE, INTERVENTI DI
	CRANIOPLASTICA
	CRANIOTOMIA PER EMATOMA EXTRADURALE
	CRANIOTOMIA PER LESIONI TRAUMATICHE INTRACEREBRALI
	CRANIOTOMIA PER TUMORI CEREBELLARI, ANCHE BASALI
	ENCEFALOMENINGOCELE, INTERVENTO PER
	EPILESSIA FOCALE, INTERVENTO PER
	ERNIA DEL DISCO INTERVERTEBRALE CERVICALE, MIELOPATIE, RADICULOPATIE
	IPOFISI, INTERVENTO PER ADENOMA PER VIA TRANSFENOIDALE
	LAMINECTOMIA PER TUMORI INTRA-DURALI EXTRA MIDOLLARI
	LAMINECTOMIA PER TUMORI INTRAMIDOLLARI
	MALFORMAZIONE ANEURISMATICA INTRACRANICA (ANEURISMI SACCULARI, ANEURISMI CAROTIDEI, ALTRI ANEURISMI)
	MALFORMAZIONE ANEURISMATICA O ANGIOMATOSA CON COMPRESSIONE RADICOLARE E/O MIDOLLARE
	NEOPLASIE ENDOCRANICHE, ASPORTAZIONE DI
	NEOPLASIE, CORDOTOMIE, RADICOTOMIE ED AFFEZIONI MENINGOMIDOLLARI, INTERVENTO ENDORACHIDEO
	PLESSO BRACHIALE, INTERVENTO SUL
	TRAUMI VERTEBRO-MIDOLLARI VIA ANTERIORE, INTERVENTO PER
	TUMORE ORBITALE, ASPORTAZIONE PER VIA ENDOCRANICA
	TUMORI DELLA BASE CRANICA, INTERVENTO PER VIA TRANSORALE
	TUMORI ORBITARI, INTERVENTO PER
Oculistica	
	<i>Escluso qualsiasi intervento finalizzato ai trattamenti per la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, correzione della cornea.</i>
Cornea	
	TRAPIANTO CORNEALE A TUTTO SPESSORE
	TRAPIANTO CORNEALE LAMELLARE
	TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI LIMBARI
	TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI LIMBARI COMBINATA CON APPOSIZIONE DI MEMBRANA AMNIOTICA
Ortopedia e traumatologia	
	<i>Articolazioni: grandi (anca, ginocchio, spalla); medie (gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica); piccole (le restanti). Segmenti ossei: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti). Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.</i>
Interventi cruenti	
	ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA ANTERIORE O SPONDILOLISTESI
	ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA POSTERIORE
	ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA POSTERIORE E ANTERIORE
	ARTRODESI: GRANDI ARTICOLAZIONI
	ARTRODESI: MEDIE ARTICOLAZIONI
	ARTROPLASTICHE: GRANDI (QUALSIASI MATERIALE)
	ARTROPLASTICHE: MEDIE (QUALSIASI MATERIALE)
	ARTROPLASTICHE: PICCOLE (QUALSIASI MATERIALE)
	ARTROPROTESI SPALLA, PARZIALE
	ARTROPROTESI SPALLA, TOTALE
	ARTROPROTESI: ANCA PARZIALE
	ARTROPROTESI: ANCA TOTALE
	ARTROPROTESI TOTALE D'ANCA, REVISIONE: INTERVENTO PER RIMOZIONE E RIPOSIZIONAMENTO ESEGUITO NELLO STESSO RICOVERO IN CUI È STATO ESEGUITO IL PRIMO INTERVENTO, COMPRESIVO DELL'INTERVENTO PRINCIPALE DI ARTROPROTESI D'ANCA TOTALE
	ARTROPROTESI TOTALE D'ANCA: INTERVENTO PER RIMOZIONE E RIPOSIZIONAMENTO ESEGUITO IN UN TEMPO SUCCESSIVO AL PRIMO RICOVERO
	ARTROPROTESI: GINOCCHIO
	ARTROPROTESI: GOMITO
	ARTROPROTESI: RIMOZIONE DI ARTROPROTESI SETTICA IN UN TEMPO SUCCESSIVO AL PRIMO INTERVENTO (PARZIALE O TOTALE) COME UNICO INTERVENTO
	COSTOLA CERVICALE E "OUTLET SYNDROME", INTERVENTO PER
	EMIPELVECTOMIA
	EMIPELVECTOMIE "INTERNE" CON SALVATAGGIO DELL'ARTO
	OSTEOSINTESI VERTEBRALE

	OSTEOTOMIA COMPLESSA (BACINO, VERTEBRALE)
	REIMPIANTI DI ARTO O SUO SEGMENTO
	RESEZIONE DEL SACRO
	RIDUZIONE CRUENTA E CONTENZIONE DI LUSSAZIONE TRAUMATICA DI COLONNA VERTEBRALE
	SPALLA, RESEZIONI COMPLETE SEC. TICKHOR-LIMBERG
	SVUOTAMENTO DI FOCOLAI METASTATICI ED ARMATURA CON SINTESI PIÙ CEMENTO
	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO (OMNICOMPRESIVO DI SERVIZI ED ATTI MEDICI)
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, GRANDI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, MEDI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, PICCOLI SEGMENTI O ARTICOLAZIONI, ASPORTAZIONE DI
	TUMORI OSSEI E FORME PSEUDO TUMORALI, VERTEBRALI, ASPORTAZIONE DI
	UNCOFORAMINOTOMIA O VERTEBROTOMIA
Tendini - Muscoli - Aponeurosi - Nervi periferici	
	TRAPIANTI TENDINEI E MUSCOLARI O NERVOSI
Otorinolaringoiatria	
	NEOPLASIE DEL CONDOTTO, EXERESI
	NERVO VESTIBOLARE, SEZIONE DEL
	NEURINOMA DELL'OTTAVO PAIO
	STAPEDECTOMIA
	STAPEDOTOMIA
	TIMPANOPLASTICA CON MASTOIDECTOMIA
	TIMPANOPLASTICA SENZA MASTOIDECTOMIA
	TIMPANOPLASTICA, SECONDO TEMPO DI
	TUMORI DELL'ORECCHIO MEDIO, ASPORTAZIONE DI
Naso e seni paranasali <i>Escluse le prestazioni con finalità estetiche.</i>	
	TUMORI MALIGNI DEL NASO O DEI SENI, ASPORTAZIONE DI
Faringe - Cavo orale - Orofaringe	
	FARINGECTOMIA PARZIALE
	NEOPLASIE PARAFARINGEE
	TUMORE MALIGNO FARINGOTONSILLARE, ASPORTAZIONE DI
	VELOFARINGOPLASTICA
Laringe e Ipofaringe	
	CORDECTOMIA
	CORDECTOMIA CON IL LASER
	DIAFRAMMA LARINGEO, ESCISSIONE CON RICOSTRUZIONE PLASTICA
	EPIGLOTTIDECTOMIA
	LARINGECTOMIA PARZIALE
	LARINGECTOMIA PARZIALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE
	LARINGECTOMIA TOTALE SENZA SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE
	LARINGECTOMIA TOTALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE MONOLATERALE
	LARINGECTOMIA TOTALE CON SVUOTAMENTO LATEROCERVICALE BILATERALE
	LARINGOFARINGECTOMIA TOTALE
Radiologia interventistica <i>Tratto: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.</i>	
	EMBOLOGIA MALFORMAZIONI E/O ANEURISMI E/O FISTOLE VASCOLARI CEREBRALI O TUMORI ENDOCRANICI
	POSIZIONAMENTO DI STENT CAROTIDEO CON SISTEMA DI PROTEZIONE CEREBRALE PER TRATTAMENTO STENOSI CAROTIDEE
	TIPS (SHUNT PORTO-SOVRAEPATICO)
Urologia - Atti chirurgici	
Rene	
	EMINEFRECTOMIA
	NEFRECTOMIA ALLARGATA PER TUMORE CON EVENTUALE TRATTAMENTO DI TROMBO CAVALE (COMPRESA SURRENECTOMIA)
	NEFRECTOMIA POLARE
	NEFRECTOMIA SEMPLICE
	NEFROURETERECTOMIA RADICALE CON LINFOADENECTOMIA PIÙ EVENTUALE SURRENECTOMIA, INTERVENTO DI
	NEFROURETERECTOMIA RADICALE (COMPRESA SURRENECTOMIA)
	SURRENECTOMIA
	TRAPIANTO DI RENE (OMNICOMPRESIVO DI TUTTI I SERVIZI ED ATTI MEDICI)
Uretere	
	MEGAURETERE, INTERVENTO PER RIMODELLAGGIO
Vescica	

	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON ILEO O COLOBLADDER
	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON NEOVESCICA RETTALE COMPRESA
	CISTECTOMIA TOTALE COMPRESA LINFOADENECTOMIA E PROSTATOVESCICULECTOMIA O UTEROANNESSIECTOMIA CON URETEROSIGMOIDOSTOMIA BILATERALE O URETEROCUTANEOSTOMIA
	VESCICA, PLASTICHE DI AMPLIAMENTO (COLON/ILEO)
	VESCICOPLASTICA ANTIREFLUSSO BILATERALE
	VESCICOPLASTICA ANTIREFLUSSO UNILATERALE
Prostata	
	PROSTATECTOMIA RADICALE PER CARCINOMA CON LINFOADENECTOMIE, COMPRESA EVENTUALE LEGATURA DEI DEFERENTI (QUALSIASI ACCESSO E TECNICA)
Apparato genitale maschile	
	EMASCULATIO TOTALE ED EVENTUALE LINFOADENECTOMIA
	ORCHIECTOMIA ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA ADDOMINALE O RETROPERITONEALE MONOLATERALE
	ORCHIECTOMIA ALLARGATA CON LINFOADENECTOMIA ADDOMINALE O RETROPERITONEALE BILATERALE
	PENE, AMPUTAZIONE TOTALE CON LINFOADENECTOMIA

**FAC-SIMILE MODULO DI PROPOSTA CONTRATTUALE
ex art. 11 del Regolamento Ivass 41/2018**

Polizza Collettiva

CONTRAENTE:

Denominazione Sociale _____ P.I.: _____

Con sede legale in _____ Via _____ n. _____

Pec. _____ in persona del _____

Cognome e nome _____ Cod. Fiscale _____

Residenza _____ Comune _____

Provincia _____ Cap _____ Tel. _____ mail _____

DATI COPERTURA ASSICURATIVA

Opzione Quadro sinottico

1 2 3

ELENCO DIPENDENTI ASSICURATI

Ruolo	Cognome	Nome	Codice Fiscale	Data Di Nascita
XXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	xx/xx/xxxx
XXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	xx/xx/xxxx
XXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	xx/xx/xxxx

COSTI COMPLESSIVI

Premio imponibile

Imposte dovute

Premio Assicurativo lordo

€ _____

€ _____

€ _____

Informativa:

- Prima della sottoscrizione il contraente di polizza ha diritto di ricevere il set informativo, nei limiti e con le modalità di cui alla regolamentazione sulla distribuzione assicurativa. L'assicurato ha sempre diritto di richiederle copia del set informativo.

Il, _____

Firma Assicurato _____

INFORMATIVA MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA

DICHIARAZIONI DELLA CONTRAENTE:

PRENDO ATTO che la presente polizza di assicurazione prevede il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato/avente diritto a seguito di Malattia o Infortunio, fino alla concorrenza dei massimali previsti nel Quadri Sinottici allegati al set. Informativo.

RICONOSCO che le garanzie ivi richiamate posso esser soggette a esclusioni, limitazioni e a periodi di carenza e che in tali casi le garanzie potranno subire delle limitazioni o non verranno considerate operanti.

RICONOSCO che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno del giorno previsto in polizza a condizione che: a) sia stato sottoscritto il presente Modulo di Proposta Contrattuale; b) siano stati pagati i relativi Premi.

RICONOSCO che la polizza di assicurazione è soggetta a tacito rinnovo fatto salvo recesso anticipato di una delle parti.

RICONOSCO che le condizioni di Assicurazione potranno essermi consegnate anche su supporto duraturo non cartaceo, tramite posta elettronica o con altro servizio di messaggistica elettronica ma che in qualunque momento avrò la facoltà di cambiare le richiamare modalità di trasmissione dati.

Data _____ Firma Contrente _____

AGLI EFFETTI DELLA VALIDITÀ DELLA SUDETTA POLIZZA DICHIARO ESPRESSAMENTE:

- a) Che gli assicurati sono in possesso dei requisiti d'assicurabilità previsti nel set informativo;
- b) Di essere a conoscenza dei termini e delle modalità di pagamento del premio di assicurazione;
- c) di esprimere il consenso alla stipula dell'assicurazione e di aver letto, approvato ed accettato le Condizioni Generali di Assicurazione riportate nel set informativo ricevuto;
- d) di aver ricevuto e di accettare l'Informativa sul trattamento dei dati personali e sulle tecniche di comunicazione a distanza resa dall'Impresa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 inserita nell'informativa precontrattuale;
- e) di avere ricevuto ex Reg Ivass 41/18, prima della sottoscrizione alla presente Polizza collettiva e con le modalità di cui all'120-quater del Codice: copia integrale del set informativo, comprensivo del documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi, del documento informativo precontrattuale aggiuntivo, delle Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, del Modulo di proposta contrattuale ex art. 11 Reg. 41/18 e dell'Informativa privacy -
- f) di avere preso visione del modello conforme all'Allegato 3 al Regolamento IVASS 2018/40 – "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti" ed aver ricevuto il modello conforme all'Allegato 4 al Regolamento IVASS 2018/40 – "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto" ai sensi e per gli effetti di cui all'art.56 del Regolamento IVASS n°40/18.

Data _____ Firma Contrente _____

INFORMATIVA SUL DIRITTO DI RECESSO DELL'ASSICURATO

La contraente può recedere dall'Assicurazione entro 30 (trenta) giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva con effetto dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa. Il recesso dovrà essere effettuato mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da inviare al Contraente che ne darà comunicazione all'Impresa.

AVVERTENZA

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte di Harmonie Mutuelle, possono compromettere il diritto alla prestazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La contraente, preso atto dell'informativa di cui all'art.13 e 14 del codice in materia di protezione dei dati personali (Reg.EU 679/2016), acconsente al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

Data _____ Firma Contraente _____

APPROVAZIONE SPECIFICA CLAUSOLE VESSATORIE

AI sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, l'assicurato dichiara di approvare espressamente le seguenti disposizioni previste nel Set informativo Rimborso Spese Mediche:

Art 1.1 Oggetto dell'Assicurazione; Art 1.3 Esclusioni; Art. 1.4. Limiti d'Età – persone non assicurabili; Art 1.5 Limiti Territoriali; Art 1.6 Periodo di carenza; Art 2.1 Descrizione delle Prestazioni assicurate; Art. 3.1 Tacito rinnovo del contratto; Art.3.4 Variazione di Rischio; Art. 3.8 Assicurazione per conto altrui; Art. 4.1 Identificazione delle persone assicurate e variazione in corso d'anno; Art. 4.2 Determinazione del premio ; Art 5.1 Denuncia del Danno e Obblighi dell'Assicurato; Art. 5.8 Collegio medico; Art 5.9 Foro competente

Firma Contrente _____

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

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

1. Titolare del Trattamento

Il Titolare del trattamento, ovvero il soggetto cui spettano le decisioni riguardo alle finalità, modalità e sicurezza dei dati personali, è Harmonie Mutuelle, stabilimento italiano, Via San Gregorio 48, 20124 Milano, tel. 02.99371043, fax 02.99371044, e-mail: privacy@harmoniemutuelleitalia.it

2. Responsabile per la protezione dei dati personali

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

- Per e-mail all'indirizzo dpo@harmoniemutuelleitalia.it;
- Per posta cartacea all'indirizzo Harmonie Mutuelle Italia, Att.ne Responsabile della Protezione dei Dati, Via San Gregorio 48, 20124 Milano;
- Fisicamente, previo appuntamento, presso gli uffici in Via San Gregorio 48, 20124 Milano.

3. Finalità e basi giuridiche del trattamento.

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

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

4. Destinatari e categorie di dati trattati.

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

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

FINALITÀ	CATEGORIA DI DATI	DESTINATARI
Per lo svolgimento di attività connesse alla erogazione dei servizi oggetto del contratto.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Persone fisiche o giuridiche delle quali la società si avvale quali responsabili del trattamento.
Per la formulazione di pareri.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Medici legali, Consulenti Medici.
Per adempimenti connessi al rapporto assicurativo.	Identificativi, dati contrattuali.	Altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione.

FINALITÀ	CATEGORIA DI DATI	DESTINATARI
Per la prevenzione di frodi o per la gestione di contenziosi.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Legali, investigatori e periti.
Per adempimenti connessi al rapporto assicurativo.	Identificativi, dati contrattuali.	Società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo.
Per soddisfare obblighi di legge.	Identificativi, dati contrattuali.	IVASS ed altre pubbliche amministrazioni, in particolare Agenzia delle Entrate.

5. Trasferimento all'estero

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

6. Periodo di conservazione dei dati personali e criteri utilizzati

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

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

7. Diritti dell'interessato.

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

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

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

8. Ulteriori informazioni

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

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

9. Collaborazione

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

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

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

FACSIMILE DI RECLAMO ALL'IMPRESA

Harmonie Mutuelle Italia
Ufficio Reclami
Via San Gregorio, 48
20124 MILANO
Fax: 02 99 37 10 44
e-mail:
ufficioreclami@harmoniemutuelleitalia.it

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

Assicurato:

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

reclama quanto segue

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

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

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

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

Data

Firma *(del soggetto che propone il reclamo)*

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