

Riepilogo delle richieste ed esigenze assicurative del cliente

Rimborso Spese Mediche

Rami vari

Polizza n. 501568238

Avere notizie e informazioni sulle richieste e sulle esigenze del cliente è condizione indispensabile perché la Compagnia ed i suoi distributori possano individuare i prodotti che meglio soddisfano le sue necessità.

Le chiediamo quindi di prestare particolare attenzione al presente documento, confermando i dati da lei già forniti e completandolo con le eventuali ulteriori informazioni richieste.

CONTRAENTE

Nome Cognome/Ragione Sociale ASSOCIAZIONE ASSOC.NE EX DIP. BANCO DI SICILIA ASSOCIAZ.

CF / P.IVA 97000620829

Indirizzo VIA CERDA 24 - 90139 PALERMO (PA)

Agenzia di PALERMO 2000

VIA DELLA LIBERTA' 58 90143 PALERMO

✉ PALERMO5@AGEALLIANZ.IT

☎ 091 6259034 - 091 6252587

Trattativa svolta da:

MADONIA LUIGI

01K 00005015682386

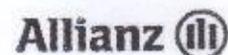


Allianz 

Rimborso Spese Mediche

Rami vari

Polizza n. 501568238



Il prodotto raccomandato è stato individuato come più adatto alle sue esigenze in considerazione della preferenza da lei manifestata in sede di raccolta delle Sue richieste ed esigenze per un prodotto focalizzato su rischi selezionati secondo criteri specifici che, rispetto ad altri prodotti offerti, consenta un maggior grado di flessibilità nella personalizzazione delle garanzie in relazione a tali rischi.

BISOGNO ASSICURATIVO PRINCIPALE

- ▶ Prestazioni in caso di Ricovero in struttura pubblica o privata a seguito di Infortunio o Malattia, con o senza intervento chirurgico, Day Hospital e Day Surgery.

SITUAZIONE ASSICURATIVA

- Il Cliente non ha attualmente in essere coperture assicurative concorrenti rispetto ai bisogni assicurativi di cui alle precedenti voci.

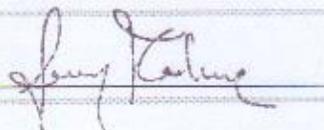


LE RICORDIAMO CHE

- Il suo agente/l'intermediario è a sua disposizione per aiutarla e per fornirle ogni eventuale chiarimento.
- È importante che le informazioni ed i dati che ci fornisce siano completi, veritieri e aggiornati, dal momento che solo sulla base degli stessi potranno essere formulate proposte coerenti con le sue richieste ed esigenze assicurative.
- In assenza di informazioni complete, non saremmo in condizione di servirla al meglio e di verificare l'effettiva corrispondenza tra le sue necessità di natura assicurativa ed i prodotti che possiamo proporle.
- Al riguardo, le ricordiamo sin d'ora di prestare particolare attenzione ai massimali previsti per ciascuna garanzia, nonché ad eventuali limitazioni alle coperture assicurative, esclusioni, franchigie e scoperti, verificando che siano conformi alle sue aspettative.
- Le rammentiamo, infine, che eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione della stessa assicurazione ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e 1893 C.C..
- Le rammentiamo che la proposta formulata si basa sulle informazioni da lei fornite, come riepilogate nel presente documento. La invitiamo, dunque, a confermare la correttezza di quanto qui riportato, sottoscrivendo il presente modulo dopo attenta rilettura.

Data: 23/12/2020

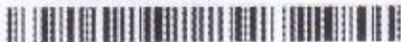
Firma dell'Intermediario



ASSOCIAZIONE EX DIPENDENTI

Firma del Contraente/Legale Rappresentante

BANCO DI SICILIA





Rimborso Spese Mediche Polizza Rami vari

La tua polizza

Numero: 501568238
Contraente ASSOC.NE EX DIP. BANCO DI SICILIA

I tuoi riferimenti
Allianz

Agenzia principale di PALERMO 2000
VIA DELLA LIBERTA' 58
90143 PALERMO
Telefono: 091 6259034
Fax: 091 6252587
E-mail: PALERMO5@AGEALLIANZ.IT

Il sito internet

www.allianz.it/areapersonale
Per consultare le informazioni relative alla tua polizza,
alle scadenze e ai sinistri

Servizio Clienti



Per qualsiasi informazione, chiarimento o supporto

Allianz S.p.A. - Sede Legale Piazza Tre Torri, 3-20145 Milano-Telefono +39 02 7216.1-Fax +39 02 2216.5000
allianz.spa@pec.allianz.it-CF, Reg. Imprese MI n.06032630963-Rapp. Gruppo IVA Allianz P. IVA n.01333250320
Cap. Soc. euro 403.000.000 i.v.-Albo Imprese Assicurazione n.1.00152-Capogruppo Gruppo Assicurativo Allianz
Albo Gruppi Assic. n.018-Società con unico socio soggetta alla direz. e coordinamento di Allianz SE Monaco-Cod.01

Allianz 

Elenco documenti

Si consegnano al cliente i seguenti documenti

- » DIP Danni
- » DIP aggiuntivo Danni
- » Condizioni di assicurazione comprensive del glossario
- » Comunicazione informativa (allegato 3 al Regolamento IVASS n. 40/2018)
- » Informazioni da rendere al Contraente (allegato 4 al Regolamento IVASS n. 40/2018)
- » Scheda di Polizza

La presente copertina non costituisce parte del contratto.

Allianz per te

La tua Area Personale sul web è ancora più ricca e aggiornata, per consultare in ogni momento la tua posizione assicurativa, e i principali documenti contrattuali.

Per accedere collegati al sito Allianz.it, registrati nella sezione "Area Personale", richiedi le tue credenziali di accesso e scopri tutte le novità a te dedicate.

Scheda di Polizza

Contraente - Assicurato

Ragione Sociale: ASSOCIAZIONE ASSOC.NE EX DIP. BANCO DI SICILIA ASSOCIAZ.
 Codice fiscale/Partita IVA: 97000620829
 Indirizzo: VIA CERDA 24
 C.A.P.: 90139 Città: PALERMO (PA)

Durata

Decorrenza: dalle ore 24:00 del 31/12/2020 Scadenza: ore 24:00 del 31/12/2021
 Durata: anni 1 / mesi 0 / giorni 0
 Al presente contratto viene applicata la deroga al tacito rinnovo.

Sezioni operanti e dettaglio premi (importi espressi in euro)

Sezioni per l'Assicurato - ASSOCIAZIONE ASSOC.NE EX DIP. BANCO DI SICILIA	Premi lordi annui
Malattia	500,00
Totale	500,00

Premio

Importo annuo comprensivo delle imposte: 500,00 euro
 Periodicità del pagamento: in unica soluzione Prossima data di pagamento: non prevista
 Importo alla firma: 500,00 euro

Il Contraente può utilizzare, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:

- assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
- denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

Altri estremi contrattuali

Contratto: nuovo Prodotto: MODELLO GENERICO RSM

Composizione del premio alla firma (importi espressi in euro)

Ramo di garanzia	Imp. Prima rata (1)	Alliquota Imposta	Importo Imposte	Importo lordo alla firma
Malattia	487,80	2,50 %	12,20	500,00
Totali	487,80		12,20	500,00

(1) Se è previsto il pagamento frazionato e/o se a fronte del presente contratto sono stati applicati degli sconti per la prima annualità, l'imponibile di prima rata è comprensivo del costo per pagamento frazionato ed è al netto degli sconti.

Condizioni di assicurazione



01K 00005015682386



Polizza n. 501568238

Scheda di Polizza

"Si precisa che, poiché gli Assicurati non concorrono al pagamento del Premio, al presente contratto non viene allegato il set informativo di cui alla sezione "Elenco documenti" (DIP Danni e DIP Aggiuntivo Danni)"

Altre Condizioni/Precisazioni

C O N V E N Z I O N E

Decorrenza: ore 24.00 del 31/12/2020

Scadenza: ore 24.00 del 31/12/2021

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NELLA POLIZZA

Assicurazione :Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Polizza: Il documento che prova l'assicurazione.

Contraente: Il soggetto che stipula la polizza.

Assicurato: Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Società: La Compagnia di assicurazione ALLIANZ S.p.A.

Premio: La somma dovuta dal Contraente alle Società.

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

Malattia: Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

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

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

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

struttura sanitaria convenzionata: Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero: La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

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

Retta di degenza: Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

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



01K 00005015682386



Polizza n. 501568238

Scheda di Polizza

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

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.

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

Indennizzo: La somma dovuta dalle Società in caso di sinistro.

Indennità sostitutiva: Importo giornaliero erogato dalle Società in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse.

Franchigia: 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.

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

Centrale Informativa: la struttura organizzativa di SAS srl, tramite la quale provvede a:

* organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso alle Strutture sanitarie convenzionate;

* fornire all'Assicurato informazioni sulle garanzie assicurative, sulle Strutture Sanitarie convenzionate e sull'eventuale quota a suo carico.

Network: Strutture Sanitarie convenzionate con la SAS srl, messo a disposizione degli assicurati, per l'erogazione delle prestazioni sanitarie in regime di assistenza in forma Diretta.

Provider: SAS srl - Via Ostiense 131/L - Corpo D- 6° Piano - 00154 Roma

Struttura sanitaria: ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera, nonché i centri diagnostici e gli studi medici ed odontoiatri.

Non sono considerati Strutture sanitarie gli Stabilimenti Termali, le Case di Convalescenza e Soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali(RSA).

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'Assicurato per le prestazioni di cui ai successivi punti da 3 a 10.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

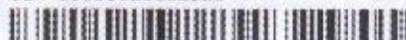
- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società
- c) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE



01K 00005015682386



Polizza n. 501568238

Scheda di Polizza

L'assicurazione è prestata a favore del Personale in quiescenza iscritto all'Associazione ex Dipendenti del Banco di Sicilia e per i rispettivi coniugi e convivente more-uxorio e figli fiscalmente a carico (anche del coniuge), fino a 35 anni di età conviventi e non conviventi risultanti dallo stato di famiglia.

Garanzia Base

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- ricovero

Accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche, infermieristiche e fisioterapiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **euro 210,00 al giorno**, con rimborso del **50% della retta eccedente** l'importo predetto.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura, la garanzia è prestata nel limite di **euro 52,00 al giorno** per un massimo di 30 giorni per anno assicurativo.

f) Post ricovero

Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure, anche termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

3.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con ambulanza se in Italia, con qualunque mezzo di trasporto qualora l'Assicurato si trovi all'estero.

Il massimale assicurato corrisponde a **euro 600,00** in Italia e **euro 1.200,00** all'estero per anno assicurativo e per nucleo familiare.

3.3 DAY-HOSPITAL



01K 00005015682386



Scheda di Polizza

Nel caso di Day-Hospital con intervento chirurgico, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" - con esclusione delle prestazioni di cui alla lett. e) - e 3.2 "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione.

Nel caso di Day-Hospital senza intervento chirurgico, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura", lett. a) "Pre-ricovero", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Rette di degenza", entro i limiti indicati per ciascuna prestazione.

3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", f) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione.

3.5 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o a infortunio, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 3.2 "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

3.6 PARTO E ABORTO

a) Parto cesareo

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore", f) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione.

La garanzia è prestata nel limite previsti al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura"

b) Parto non cesareo e aborto terapeutico

In caso di parto non cesareo e di aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore", f) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione.

La garanzia è prestata nel limite previsti al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura", con un massimo di **euro 4.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

3.7 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di **euro 2.000,00** per evento.

3.8 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **euro 50,00** per ogni giorno di ricovero, seguito da intervento chirurgico, per un periodo non superiore a 180 giorni per persona e per anno assicurativo



01K 00005015682386



Polizza n. 501568238

Scheda di Polizza

Tale indennità verrà corrisposta nel limite giornaliero di **euro 25,00** per un massimo di 90 giorni per anno assicurativo in caso di ricovero che non comporti intervento chirurgico.

3.9 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a **euro 120.000,00** per nucleo familiare. Tale massimale si intende raddoppiato in caso di Grande Intervento Chirurgico.

4. CURE ONCOLOGICHE

La Società rimborsa, fino alla concorrenza di **euro 5.200,00** per anno e per nucleo, le spese sostenute per esami, accertamenti, cure e terapie a seguito di malattie oncologiche.

5. PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese sostenute per acquisto, riparazione e sostituzione di protesi ortopediche e acustiche quali:
protesi e presidi ortopedici;

cinti erniari;
busti ortopedici curativi;
ausili udito.
Scoperto 30% minimo 150,00.

Sono inoltre comprese nella garanzia: protesi oculari, ausili fonazione, ausili a mobilità.

Restano escluse: calzature a plantare, corsetteria e busti estetico/formativi.

Il massimale assicurato corrisponde a **euro 900,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

6. ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

euro 26,00 giornalieri e per un massimo di 30 giorni per nucleo e per periodo assicurativo

7. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

massimale assicurato **euro 1.550,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di euro 35,00 per ciclo di cura.

8. ANTICIPO SPESE SANITARIE

Nei casi di ricovero per intervento chirurgico per il quale l'Istituto di cura richiama il pagamento di un anticipo, la Società corrisponde, **su richiesta dell'Assicurato**, l'importo richiesto a tale titolo nella misura massima del 50% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.

L'Assicurato, unitamente alla richiesta di corresponsione dell'anticipo, dovrà produrre idonea documentazione medica ai fini della valutazione dell'operatività della garanzia.

Garanzia Aggiuntiva

9. ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Cure e Alta diagnostica

Cure



01K 00005015682386



Scheda di Polizza

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Laserterapia
- Radioterapia
- Dialisi

Alta diagnostica

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Ecografia
- Elettromiografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia



Polizza n. 501568238

Scheda di Polizza

- Risonanza Magnetica Nucleare
- Rx esofago, Rx tubo digerente
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa compilato dal medico di base o dallo specialista che ha effettuato la prestazione.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20 % con il minimo non indennizzabile di euro 150,00 per patologia o infortunio.

Tutti i documenti di spesa relativi ad una medesima patologia o ad un medesimo infortunio debbono essere inviati alla Società in un'unica soluzione.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a euro 1.500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

10. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite pediatriche non specialistiche, cioè le visite effettuate dal pediatra di base ai fini del controllo della regolarità della crescita del bambino, dei trattamenti e delle visite psicologiche, nonché delle visite ed accertamenti odontoiatrici, ortodontici e sono anche escluse le visite medico-legali.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa compilata dal medico di base o dallo specialista che ha effettuato la prestazione.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di euro 150,00 per fattura.

Tutti i documenti di spesa relativi ad una medesima patologia o ad un medesimo infortunio debbono essere inviati alla Società in un'unica soluzione.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate rientra nel limite assicurato per l'Alta specializzazione punto 4 per anno assicurativo e per nucleo familiare.



01K 00005015682386



Polizza n. 501568238

Scheda di Polizza

11. PREMI E REGOLAZIONE

Viene versato a titolo di deposito la somma di euro 500,00 e vengono stabiliti i seguenti premi annui comprensivi di oneri fiscali :

1) Garanzia base

a. Pensionato e coniuge/figli fiscalmente a carico euro 788,00

b. Coniuge non fiscalmente a carico o convivente "more uxorio" e ogni altro familiare convivente non fiscalmente a carico (Premio invariato) euro 230,00

2) Garanzia Base + Aggiuntiva

a. Pensionato e coniuge/figli fiscalmente a carico euro 1.185,00

b. Coniuge non fiscalmente a carico o convivente "more uxorio" e ogni altro familiare convivente non fiscalmente non a carico (Premio invariato) euro 445,00

Resta convenuto che alla data del 30 Gennaio dell'anno di competenza, verrà effettuata la regolazione del premio in base al numero effettivo di assicurati.

12. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per i pensionati e per i familiari inclusi prende effetto dalla data di adesione alla copertura sia in forma rimborsuale sia in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società.

13. LIMITI DI ETÀ' DEGLI ASSICURATI

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 85 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungano tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

LA SOCIETA'

Allianz S.p.A

ASSICURAZIONE EX DIPENDENTI

BANCO DI SICILIA

A - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza, se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

I premi devono essere pagati alla Società.

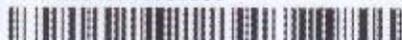
Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Il presente contratto decorre dalle ore 24.00 del 31.12.2020 e scadrà alle ore 24.00 del 31.12.2021, senza tacito rinnovo.



01K 00005015682386



Polizza n. 501568238

Scheda di Polizza

A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

A.4 ONERI FISCALI

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

A.5 FORO COMPETENTE

A scelta della parte attrice, il foro competente è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede la Società.

A.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente polizza è regolato dall'art. 2952 c.c. .

A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente regolato, valgono le norme di legge.

A.8 ALTRE ASSICURAZIONI

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

B - LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

i ricoveri per intervento di correzione o di eliminazione della miopia;
le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto al punto 7 "Cure dentarie da infortunio";
le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi e quelli relativi a bambini di età inferiore a tre anni);
i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
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;

le intossicazioni e gli infortuni conseguenti a:

- abuso di alcolici;
- uso di allucinogeni;



01K 00005015682386



Polizza n. 501568238

Scheda di Polizza

- uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;

l'aborto volontario non terapeutico;

la correzione o l'eliminazione di malformazioni o difetti fisici salvo che dagli stessi non consegua una patologia o che gli stessi non siano conseguenti ad infortunio.

tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione assistita;

gli infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;

trattamenti e visite psicologiche, visite pediatriche di controllo;

check-up clinici;

le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;

le persone di età superiore a 85 anni, se compiuti antecedentemente la stipula del presente contratto.

C - SINISTRI

Art. C1 - Obblighi

La modalità di denuncia del sinistro, si differenzia in base alla tipologia di Struttura sanitaria utilizzata.

A) UTILIZZO DI STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA CON IL PROVIDER (assistenza in forma diretta)

La ricerca delle Strutture sanitarie convenzionate e dei medici specialisti convenzionati è effettuabile da parte dell'Assicurato, mediante l'accesso alla propria Area personale a lui riservata all'indirizzo www.soluzioniassicurativesanitarie.it

L'Assicurato, deve prenotare la prestazione sanitaria necessaria, utilizzando una delle seguenti modalità:

Chiamare la Centrale Informativa di SAS, dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 13:00 e dalle 15:00 alle 17:00, ai seguenti numeri:

dall'Italia, numero verde da rete fissa 800-129448

dall'Italia, numero verde da rete mobile 848-082391

dall'estero, numero di rete fissa +39 06-67549430

Per accedere all'area riservata il sito è www.soluzioniassicurativesanitarie.it

La Centrale Informativa, verificata l'assistibilità e il massimale residuo, contatterà la Struttura sanitaria prescelta, ed aprirà una richiesta di prenotazione nella quale fornirà i recapiti telefonici (comunicati dall'assicurato/assistito interessato) e sarà cura della stessa Struttura Sanitaria contattare l'Assicurato, accordarsi con lui relativamente al giorno e orario disponibili per l'esecuzione della prestazione. La Struttura convenzionata, una volta perfezionata la richiesta di prenotazione, aprirà sul sistema telematico il sinistro impegnando il massimale previsto per la prestazione oggetto dell'appuntamento.

- Accedere all'Area personale riservata, all'indirizzo <https://www.soluzioniassicurativesanitarie.it> e una volta individuata la Struttura sanitaria desiderata, invia alla stessa la richiesta di prenotazione, compilando il relativo form e indicando recapiti telefonici, 2 date possibili e le prestazioni sanitarie a lui necessarie, allegando quindi, eventuale documentazione in suo possesso (prescrizione medica completa di diagnosi presunta o certa). La Struttura convenzionata, contatterà l'assistito per accordarsi sulla prenotazione e/o per richiedere eventuali ulteriori informazioni. Ad appuntamento stabilito, la Struttura convenzionata aprirà il sinistro impegnando il massimale previsto per l'importo della prestazione da effettuare.

- Rivolgersi direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata, comunicando il proprio codice fiscale e/o codice personale, permettendo così alla Struttura sanitaria stessa di identificarlo e verificarne la copertura assicurativa (assistibilità e fruibilità della prestazione).



Polizza n. 501568238

Scheda di Polizza

Nel caso in cui l'Assicurato utilizzi una Struttura sanitaria convenzionata senza aver preventivamente attivato una delle modalità soprariportate, le spese sanitarie sostenute - indennizzabili a termini di Polizza - verranno liquidate secondo quanto indicato al punto "Utilizzo di Struttura sanitaria non convenzionata con il Provider (assistenza in forma rimborsuale)".

Qualora, un medico operante all'interno della Struttura convenzionata risultasse non convenzionato con il network, il Provider è disponibile a convenzionarlo per l'annualità in corso (purché la richiesta di convenzionamento sia pervenuta, tramite la Struttura convenzionata, per tempo ed il medico abbia accettato i Tariffari del Provider) in modo tale da permettere l'attivazione della procedura di assistenza in forma diretta.

L'Assicurato deve presentare alla Struttura sanitaria convenzionata, all'atto della fruizione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico con diagnosi certa o presunta.

L'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Struttura sanitaria non può richiedere all'Assicurato, né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, ad eccezione del caso di crediti relativi a spese per prestazioni non previste dalla Polizza, eccedenti i massimali assicurati o non autorizzate dalla Centrale Informativa.

B) UTILIZZO DI STRUTTURA SANITARIA NON CONVENZIONATA CON IL PROVIDER (assistenza in forma rimborsuale)

Nei casi in cui non operi il servizio di pagamento diretto, l'Assicurato deve inviare a rimborso la copia della documentazione della spesa sanitaria sostenuta corredata di tutta la documentazione prevista, attraverso una delle modalità di seguito indicate.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.

Modalità per richiedere il rimborso:

1. Area Personale Applicativo Web: www.soluzioniassicurativesanitarie.it
2. Posta raccomandata R.R. a: SAS srl, Via Ostiense 131/L - Corpo D- 6° Piano - 00154 Roma
3. Contatti telefonici: 800/129448 (da telefono fisso) - 848/082391 (da cellulare)

Secondo il nuovo GDPR non è più possibile inviare via email le richieste di rimborso, ma per avere informazioni può essere utilizzata la mail dedicata: info@soluzioniassicurativesanitarie.it

Contattando la Centrale Informativa l'Assicurato comunica i propri dati, per ottenere tutte le informazioni circa la propria, la copertura della prestazione e conoscere l'eventuale quota a proprio carico.

Anche utilizzando la piattaforma web attraverso la propria Area personale riservata, l'Assicurato può verificare la sua assistibilità e il massimale residuo.

Una volta in possesso della documentazione di spesa, l'Assicurato inoltra telematicamente (documenti scansionati) la richiesta di rimborso delle prestazioni sanitarie effettuate corredate, ove previsto, dalla documentazione sanitaria entro e non oltre i termini specificati.

Eventuali sospensioni della pratica o richieste di integrazioni avverranno sempre attraverso il sistema telematico.

Qualora diversamente richiesto, l'Assicurato può inviare la Copia della documentazione anche non dematerializzata, la stessa verrà riportata in formato digitale per poter processare la pratica, e, qualora la stessa fosse inoltrata in originale, verrà reinviata a mezzo posta a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato può verificare in ogni momento - sempre all'interno dell' Area personale riservata - lo stato di avanzamento delle sue pratiche di rimborso.

Per entrambi i punti A) e B) soprariportati, l'Assicurato deve:



01K 00005015682386



Scheda di Polizza

? fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa alla Malattia e/o all'Infortunio che hanno determinato il Ricovero o altra prestazione extraricovero indennizzabili a termini di Polizza;

? presentare le copie delle notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate, relative alle spese sostenute correlate di una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prescrizione stessa.

L'Assicurato deve altresì:

? sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;

? fornire all'impresa ogni altra documentazione o informazione amministrativa e/o sanitaria che la stessa ritenga necessaria richiedere per poter processare la pratica, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Nel caso in cui, durante il periodo di cura, sopravvenga la morte dell'Assicurato, il Contraente, l'Azienda socia o gli eredi legittimi devono darne immediato avviso all'Impresa e gli adempimenti di cui sopra dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

Art. C.2 - Procedura per la valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa - o da un consulente medico da questa incaricato - con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di Indennizzo o sull'indennizzabilità del Sinistro, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.

Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.

Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di Polizza.

Il Collegio dei Medici risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà dello spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio dei Medici sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Art. C.3 - Pagamento dell'indennizzo

Il pagamento viene sempre effettuato dietro presentazione della fattura/ricevuta.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi notule, distinte o ricevute per ottenere il rimborso, l'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto, al netto di quanto a carico dei predetti terzi, salvo quanto previsto dall'articolo "Rinuncia al diritto di surrogazione". A tal proposito, in aggiunta alla documentazione prevista per l'inoltro della richiesta di pagamento, l'assicurato dovrà allegare anche copia del prospetto di liquidazione ricevuto dai predetti terzi.



01K 00005015682386



Polizza n. 501568238

Scheda di Polizza

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, rilevato dalla Banca Centrale Europea alla data di emissione della fattura di saldo o della quietanza di pagamento.

Art. C.4 - Obbligo di restituzione degli indennizzi erogati per spese non dovute

L'Impresa, nell'eventualità di pagamenti ai centri convenzionati che, successivamente, dovessero risultare per qualsiasi motivo non dovuti a termini di Polizza, si riserva il diritto di ripetere dette somme nei confronti dell'Assicurato che è obbligato a rimborsare quanto dovuto all'Impresa.

Art. C.5 MODALITA' DI PAGAMENTO

1) RICOVERO OSPEDALIERO

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate ad eccezione degli scoperti e/o franchigie sottoindicate che vengono versate dall'Assicurato alla struttura sanitaria come segue:

Ricovero anche in regime di Day Hospital con o senza intervento chirurgico.

Scoperto 20% con il minimo di euro 2.500,00 per evento.

Parto cesareo, parto fisiologico e aborto terapeutico

Scoperti e franchigie come per al punto 1.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Scoperti e franchigie come per al punto 1

Le spese previste ai seguenti punti:

3.1 "Ricovero in istituto di cura" :

- lettera a) "Pre-ricovero"
- lettera f) "Post-ricovero"

3.2 "Trasporto sanitario";

3.8 "Rimpatrio della salma"

vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con applicazione degli scoperti e/o franchigie sotto indicate:

Ricovero anche in regime di Day Hospital con o senza intervento chirurgico

Scoperto 30% con il minimo di euro 3.500,00 per evento.

Parto cesareo, parto fisiologico e aborto terapeutico

Scoperti e franchigie come per al punto 1.



01K 00005015682386



Polizza n. 501568238

Scheda di Polizza

Intervento chirurgico ambulatoriale

Scoperti e franchigie come per al punto 1.

Qualora l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate o le stesse risultassero distanti più di 50 Km. dal domicilio dell'Assicurato si applicheranno le Franchigie previste al precedente punto a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati".

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.9 "Indennità Sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società".

d) Spese precedenti e successive al ricovero

Per le spese precedenti e successive al ricovero, con o senza intervento chirurgico o l'intervento chirurgico ambulatoriale indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa rimborserà all'assicurato le spese sostenute nei limiti previsti dall'art. C.1. B).

2) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

ALTA SPECIALIZZAZIONE e VISITE SPECIALISTICHE ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Effettuate in Strutture Sanitarie Convenzionate

L'impresa provvederà ad effettuare il pagamento diretto alla struttura Sanitaria delle Spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni previste agli articoli "Alta Specializzazione" e Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici nei limiti indicati nei precitati articoli

ALTA SPECIALIZZAZIONE e VISITE SPECIALISTICHE ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Effettuate in Strutture Sanitarie non Convenzionate

L'impresa provvederà a rimborsare all'assicurato, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, le spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni previste agli articoli "Alta Specializzazione" e Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici nei limiti indicati nei precitati articoli

LA SOCIETA'
CONTRAENTE
Allianz S.p.A.

IL

Agli effetti degli art. 1341 e 1342 c.c. il sottoscritto dichiara di conoscere, approvare e accettare specificatamente le disposizioni dei punti sottoelencati

Art. 11

Premi e Regolazione

A.2

Durata dell'assicurazione/Tacita proroga dell'assicurazione



01K 00005015682386



Polizza n. 501568238

Scheda di Polizza

A.5	Foro competente
B.2	Esclusioni dall'Assicurazione
C.5	Modalità di pagamento (ricovero ospedaliero e prestazioni extraospedaliere)
C.2	Procedura per la valutazione del danno

IL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara che prima della conclusione del presente contratto ha ricevuto dalla Società - ALLIANZ S.p.A. - la NOTA INFORMATIVA, redatta ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 123 D.Lgs. 17/3/95 n.175 e l'INFORMATIVA PRIVACY redatta ai sensi dell'art.13 della D. Lgs. N. 196/2003.

IL CONTRAENTE**ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI****NEUROCHIRURGIA**

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

OCULISTICA

Interventi per neoplasie del globo oculare e del globo oculare
Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

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

CHIRURGIA DEL COLLO

Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale



01K 00005015682386



Scheda di Polizza

Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
Interventi per fistole bronchiali
Interventi per echinococchi polmonare
Pneumectomia totale o parziale
Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Interventi sul cuore per via toracotomica
Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
Interventi con esofagoplastica
Intervento per mega-esofago
Resezione gastrica totale
Resezione gastro-digiunale
Intervento per fistola gastro-digiunocolica
Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
Interventi di amputazione del retto-ano
Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
Drenaggio di ascesso epatico
Interventi per echinococchi epatica
Resezioni epatiche
Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
Interventi chirurgici per ipertensione portale
Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

Nefroureterectomia radicale
Surrenalectomia
Interventi di cistectomia totale
Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
Cistoprostatovescicolectomia
Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

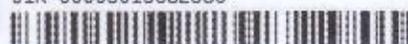
Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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



01K 00005015682386



Polizza n. 501568238

Scheda di Polizza

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
Correzione chirurgica di megaurettere congenito
Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

Tutti

Dichiarazioni del Contraente

Il Contraente dichiara:

- che al momento dell'emissione di questo contratto non sono in vigore altre coperture assicurative per i medesimi rischi garantiti dalla presente Polizza, ad eccezione di eventuali coperture assicurative cumulative offerte da associazioni, enti, società;
- che non vi sono stati annullamenti o disdette di coperture assicurative aventi per oggetto i medesimi rischi garantiti dalla presente Polizza;
- che nel triennio precedente l'emissione di questo contratto non si sono verificati sinistri causati da eventi in relazione ai rischi previsti dalla presente Polizza;

Il Contraente dichiara inoltre di non aver subito richieste di natura estorsiva, minacce a tal fine ovvero danni per finalità di ritorsione conseguente al rifiuto delle richieste.



01K 00005015682386



Polizza n. 501568238

Scheda di Polizza

Sottoscrizioni

Il sottoscritto Contraente dichiara:

- di aver ricevuto prima della sottoscrizione del presente contratto:
 - il set informativo costituito da DIP Danni, DIP aggiuntivo Danni e Condizioni di assicurazione comprensive del glossario o, nei casi previsti dall' art. 27 del Regolamento IVASS 41/2018 e successive modificazioni e/o integrazioni, le Condizioni di assicurazione;
 - copia del documento "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti" conforme all'allegato 3 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni;
 - copia del documento "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto" conforme all'allegato 4 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni;
- In caso di Assicurati diversi dal Contraente di impegnarsi a consegnare a ciascuno di essi la documentazione precontrattuale prevista ai sensi di legge e di fornire le informazioni previste dal GDPR (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati 279/2016) in ordine al trattamento dei dati personali, esonerando così l'Intermediario ed Allianz S.p.A. da ogni conseguenza pregiudizievole derivante dalla mancata ottemperanza a tali obblighi;
- fatta eccezione per il caso in cui le Condizioni di assicurazione prevedano la non applicabilità dell'aggravamento di rischio e l'esonero per il Contraente dall'obbligo di cui all'articolo 1898 del codice civile, di essere consapevole che in caso di aggravamento del rischio deve darne comunicazione scritta all'Impresa e che gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa, ai sensi dell'articolo 1898 del codice civile;
- di essere consapevole che, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, le informazioni ed i dati forniti sono essenziali per la validità e l'efficacia del presente contratto e che l'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio anche in base ad essi. Il Contraente dichiara inoltre che il presente contratto non contiene cancellature o rettifiche.

Allianz S.p.A.
Fiammetta Fabris Massimo Nicoletti

Fiammetta Fabris

ASSOCIAZIONE EX DIPENDENTI

BANCO DI SICILIA

Firma del Contraente/Legale Rappresentante



01K 00005015682386



Polizza n. 501568238

Scheda di Polizza

Il sottoscritto Contraente dichiara inoltre:

- di approvare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del codice civile, le seguenti disposizioni delle Condizioni di assicurazione:

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

- Proroga dell'assicurazione periodo di assicurazione
- ### NORME RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA
- Persone non assicurabili
 - Denuncia della malattia e obblighi relativi
 - Valutazione del danno - Ricorso all'arbitrato

ASSOCIAZIONE EX DIPENDENTI

BANCO DI SICILIA

Firma del Contraente/Legale Rappresentante

- di essere stato messo in condizione di assumere una decisione informata, avendo manifestato le proprie richieste ed esigenze assicurative così come riepilogate nel documento "Riepilogo delle RICHIESTE ED ESIGENZE ASSICURATIVE DEL CLIENTE" e avendo ricevuto dall'Intermediario le informazioni sul prodotto assicurativo.

Firma dell'Intermediario

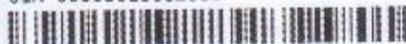
ASSOCIAZIONE EX DIPENDENTI

BANCO DI SICILIA

Firma del Contraente/Legale Rappresentante



01K 00005015682386



PER EVENTUALI RECLAMI O CONTROVERSIE

All'impresa assicuratrice: I reclami devono essere inoltrati per iscritto (posta ed e-mail) a Allianz Sp.A. – Pronto Allianz Servizio Clienti - Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano - Indirizzo e-mail: reclami@allianz.it o tramite il link presente sul sito internet della Compagnia www.allianz.it/reclami.

L'impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni.

Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro, potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.

All'IVASS

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 06.42133.206 - PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'impresa ed il relativo riscontro. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i Consumatori – RECLAMI – Guida".

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:

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

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

Mediazione

(obbligatoria) Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98)

Negoziazione assistita Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.

Altri sistemi alternativi

di risoluzione delle

controversie In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria.

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

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