



Standard Critical Advantage[®]

Curatevi presso i migliori medici del mondo

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER BD-SCA-IT_01_2018

Redatto ai sensi del Regolamento IVASS del 26/05/2010 n. 35
DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO 01/01/2018.

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- 1) Nota Informativa al Contraente/Assicurato comprensiva del Glossario;
- 2) Condizioni di Assicurazione;

deve essere consegnato al Contraente/Assicurato prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa e le Condizioni di Assicurazione.

NOTA INFORMATIVA CONTRATTO DI ASSICURAZIONE BD-SCA-IT_01_2018

(ai sensi del D.Lgs n. 209/2005 "Codice delle assicurazioni" e delle disposizioni Ivass vigenti)

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

L'Assicurato e/o il Contraente debbono prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

AMTRUST Europe Ltd, Società inglese con sede legale a Market Square House, St Jame's Street, Nottingham, NG1 6FG Gran Bretagna (numero registro 01229676).

Sito internet: www.amtrusteurope.com

La Compagnia è autorizzata a svolgere l'attività assicurativa dalla Prudential Regulation Authority (Autorità di Regolazione Decisionale) e regolato dalla Financial Conduct Authority (Autorità di Condotta Finanziaria) e dalla Prudential Regulation Authority, numero di riferimento della società 202189 ed iscritto all'albo imprese della FSA con numero di registrazione 202189 (UK). Questi dettagli possono essere verificati sul Financial Services Register (Registro Servizi Finanziari) visitando il sito: www.fca.org.uk o contattando la FCA allo 0300 500 0597.

La Compagnia opera in Italia in regime di Libera Prestazione di Servizi (LPS) in base all'art. 23 decreto legislativo del 7 settembre 2005 n. 209 ed è iscritta all'elenco annesso n. II.10327. Sito internet: www.ivass.it.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

In base ai dati del bilancio consuntivo approvato il 31/12/16, il patrimonio netto vale 293 milioni di sterline (343 milioni di euro*), il cui capitale sociale è pari a 71 milioni di sterline (83 milioni di euro*).

Le riserve di capitale ammontano a 221 milioni di sterline (258 milioni di euro*) del totale attivo di 1888 milioni di sterline (2212 milioni di euro).

L'indice di solvibilità è del 136%, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalle norme vigenti.

*Sulla base del tasso di cambio di 1,1717 €



B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il presente contratto ha una durata annuale ed è stipulato con/senza tacito rinnovo, si rinvia alle Condizioni di Assicurazione Art. 4 “Proroga dell’Assicurazione e Periodo assicurativo” per la relativa disciplina.

AVVERTENZA

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con comunicazione scritta (lettera, fax, email) inviata almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale, il contratto si intende tacitamente rinnovato per il periodo di un anno e così successivamente.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda all’articolo 4 “Proroga dell’Assicurazione e Periodo assicurativo” delle Condizioni di Assicurazione.

1. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Il contratto prevede le seguenti coperture assicurative operative solo ove l’Assicurato si trovi al di fuori del territorio italiano: (i) pagamento spese mediche; (ii) pagamento spese viaggio; (iv) pagamento spese alloggio; (v) diaria in caso di ospedalizzazione; (vi) rimborso farmaci; (vii) pagamento di un capitale in caso di trattamento eseguito all’estero.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda alle relative sezioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA:

Le Condizioni di Assicurazione prevedono la presenza di limitazioni ed esclusioni come disciplinato all’articolo 16 “Esclusioni”.

AVVERTENZA:

Le Condizioni di Assicurazione prevedono la presenza di condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell’Indennizzo come disciplinato negli articoli art. 2 “dichiarazione dell’Assicurato in ordine alle circostanze del rischio”, art. 3 “pagamento del Premio e decorrenza della garanzia”, art. 1 “oggetto della copertura assicurativa”, art. 15 “costi sanitari coperti”, art.18 “variazione di residenza”, art. 7 “periodo di carenza”.

AVVERTENZA:

Le Garanzie sottoscritte si intendono prestate sino alla concorrenza del Massimale prescelto dall’Assicurato ed indicato in Polizza; le prestazioni possono essere soggette ad applicazione di Franchigie e/o Scoperti indicati in Polizza o previsti nelle Condizioni di Assicurazione.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda alla descrizione puntuale di ciascuna garanzia nelle Condizioni di Assicurazione.

Per facilitare al Contraente ed all’Assicurato la comprensione dei meccanismi di applicazione di Massimali Scoperti e Franchigie si riportano di seguito delle esemplificazioni numeriche.

Esempio:

70 giorni di ricovero in un anno di copertura assicurativa e quindi 7000 euro di diaria

Indennizzo pari a 6000 euro

2. Dichiarazioni dell’Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario Anamnestico - Nullità

Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto, comprese le dichiarazioni rilasciate nel Questionario anamnestico, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni del contratto, nonché la cessazione dell’Assicurazione stessa.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda all’articolo 2 “Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio” delle Condizioni di Assicurazione.

Il contratto non prevede particolari casi di nullità se non quelli previsti dalla Legge.

3. Aggravamento diminuzione e modificazioni del rischio

L'Assicurato, o per esso il Contraente, deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni variazione di residenza in quanto ciò può costituire aggravamento o comunque modificazione del rischio.

Per gli aspetti di dettaglio e le conseguenze in caso di mutamento di residenza, si rimanda all'articolo 18 "Residenza e variazione di residenza dell'Assicurato" delle Condizioni di Assicurazione. In ogni caso il Contraente o Assicurato devono informare l'Assicuratore circa il mutamento di ogni circostanza che sia in grado di incidere sul rischio Assicurato e/o sull'attività della Compagnia.

4. Premi

Il contratto prevede periodicità annuale di pagamento del Premio con possibilità per il Contraente di richiedere il frazionamento semestrale, quadrimestrale, trimestrale o mensile del Premio.

Sono previsti oneri fiscali di cui all'art. 9 delle presenti condizioni di Polizza.

Gli Intermediari assicurativi possono ricevere dal Contraente i seguenti mezzi di pagamento:

- mandato SDD SEPA Direct Debit sul conto corrente bancario/postale intestato al Contraente, all'Assicurato o ad altro soggetto;
- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Compagnia di Assicurazione oppure all'Intermediario assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bonifico bancario su c/c intestato alla Compagnia di Assicurazione o all'Intermediario assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bancomat o carta di credito/debito se disponibile presso l'Intermediario assicurativo.

Per maggiori dettagli si rinvia agli artt. 3 e 4 della Condizioni di Assicurazione.

5. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

La Compagnia, per ogni Assicurato, adegua annualmente il Premio in funzione dell'età dell'Assicurato stesso, così come disciplinato all'articolo 4 "Adeguamento del Premio per età" delle Condizioni di Assicurazione.

La presente Polizza non prevede adeguamento automatico del Premio dei massimali e/o indennizzi.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda all'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione.

6. Diritto di Recesso

AVVERTENZA:

Il Contraente può dare disdetta dal contratto mediante comunicazione scritta (lettera, fax, email) entro 30 giorni dalla data di scadenza contrattuale prevista.

Altre ipotesi di recesso sono previste all'art. 6 "Durata, proroga dell'assicurazione e periodo assicurativo".

7. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti (diversi dal diritto al pagamento dei premi o rate di Premio) derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dalla data dell'evento su cui si fonda il diritto ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile.

8. Legge applicabile

Il contratto è soggetto e regolato dalla Legge italiana.

9. Regime fiscale

Le imposte presenti e future relative al Premio assicurativo sono a carico del Contraente/Assicurato.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

10. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA:

Con riferimento all'art. 1913 del Codice Civile "Avviso all'Assicuratore in caso di Sinistro" si precisa che il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono dare avviso del Sinistro alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo a cui è assegnato il contratto entro 3 giorni da quello in cui il Sinistro si è verificato oppure da quello in cui ne hanno avuto conoscenza, o comunque non appena ne abbiano la possibilità.

La Denuncia di Sinistro deve essere fatta per iscritto (email) alla sede della Compagnia o all'Intermediario assicurativo secondo le modalità descritte nelle Condizioni di Assicurazione.

La Denuncia è diretta all'acquisizione tempestiva, oggettiva e completa, dell'evento, che colpisce la garanzia e delle sue conseguenze.

11. Reclami

Eventuali reclami possono essere presentati alla Compagnia, all'Istituto Italiano di Vigilanza sulle Assicurazioni (Ivass) e all'autorità inglese competente (Financial Service Ombudsman's Bureau) secondo le disposizioni che seguono:

- Alla Compagnia

Vanno indirizzati i reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della Prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto o della gestione dei Sinistri.

I reclami devono essere inoltrati per iscritto a:

Complaints Manager

AmTrust Europe Limited

c/o BDUE Underwriting Europe
Mediação de Seguros, Unipessoal Lda
Avenida da Liberdade, 110. 1269-046 Lisboa. Portugal

Email: complaints@bduinternational.com.

I reclami devono contenere i seguenti elementi: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione dell'impresa, dell'Intermediario assicurativo o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

La Compagnia ricevuto il reclamo deve fornire riscontro entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, all'indirizzo fornito dal reclamante.

All'Ivass - Servizio Tutela degli Utenti:

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, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale n. 21 – 00187 - Roma, via fax al seguente numero 06 42133206 ovvero con email all'indirizzo tutela.consumatore@pec.ivass.it, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Ulteriori informazioni sulla presentazione e gestione dei reclami sono contenute nel Regolamento n. 24/2008 e successive modificazioni dell'Ivass, che l'Assicurato può consultare sul sito www.ivass.it

All'autorità Inglese Competente:

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

In alternativa l'assicurato, a sua scelta, ha in aggiunta anche il diritto di contattare il Financial Ombudsman Service (FOS), Exchange Tower, London, E14 9SR, Gran Bretagna. Il reclamo può anche essere effettuato via telefono al seguente numero 0044 20 7964 0500 ovvero con email all'indirizzo complaint.info@financial-ombudsman.org.uk
Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

12. Arbitrato/Giurisdizione

Non sono previste forme di arbitrato.

Ogni controversia relativa all'interpretazione, esecuzione o risoluzione del presente contratto sarà devoluta alla competenza esclusiva del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato e/o aventi diritto.

AmTrust Europe Limited è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Data ultimo aggiornamento: 07/09/2017

GLOSSARIO

Il significato di alcuni termini di questa Nota Informativa e delle Condizioni di Assicurazione è il seguente:

Assicurato: La persona o le persone nominate nelle Condizioni Particolari e/o nel Documento di Assicurazione, con le quali si instaura il Contratto di Assicurazione, titolare dei diritti che derivano dal presente Contratto di Assicurazione e che, in assenza del Contraente, assume le obbligazioni che da tale contratto derivano.

Autorità di Vigilanza: Ente Regolatore degli operatori assicurativi Compagnie di assicurazione ed intermediari assicurativi, per l'Italia: L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS).

Azioni Terroristiche: Qualsiasi atto o minaccia, inclusi e non limitati agli atti caratterizzati dall'uso della forza o dalla violenza, di qualsiasi singolo o gruppo/i di persone, attuati autonomamente o in nome di/in connessione con qualsiasi organizzazione/i o governo/i posti in essere per motivi politici, religiosi, ideologici o analoghe ragioni, inclusa la finalità di condizionare qualunque governo e/o intimorire l'intera popolazione o parte della popolazione; è ricompreso nel termine l'uso di qualsiasi agente, materiale, attrezzatura o arma biologica, chimica, radioattiva o nucleare.

BDUE Underwriting Europe (Mediação de Seguros, Unipessoal Lda) (hereinafter "BDUE") è il soggetto incaricato dalla Compagnia per fornire e gestire i servizi medico-sanitari previsti nel presente contratto assicurativo BDA-SCA-IT_01_2018. BDUE Underwriting Europe è una società portoghese che opera in Italia in Libera Prestazione di Servizi. BDUE è inoltre autorizzata dalla Compagnia ad accettare proposte di coperture assicurative per conto della Compagnia stessa, essa inoltre è incaricata anche della gestione della polizza nonché dei sinistri.

I servizi medico-ospedalieri offerti da BDUE sono:

- **Second Medical Opinion (secondo parere medico)** si sostanzia in una procedura strutturata per ottenere un secondo parere medico, che si basa su una profonda revisione dei dati medici e materiale diagnostico di un Assicurato. Il secondo parere medico è dato da medici esperti riconosciuti, che sono considerati come i migliori nel loro campo di lavoro.
- **Servizio Medico concierge.** Quando vi è un Sinistro denunciato ed approvato in base alle condizioni di cui alla presente Polizza, BDUE gestisce e organizza tutti gli aspetti relativi al trattamento medico di un Assicurato. Le attività di BDUE includono la verifica ed analisi del caso e l'assistenza anche in relazione al viaggio e sistemazione in albergo o altro sia per l'Assicurato che per l'accompagnatore quando previste dalle condizioni di assicurazione.

Cancro Non Invasivo o "in situ": E' un tumore maligno che rimane localizzato nell'epitelio nel quale ha avuto origine e che non si sia esteso allo stroma o al tessuto contiguo.

Cardiologo: Medico specializzato nelle patologie del cuore e del sistema cardiovascolare.

Certificazione Medica Preventiva: Certificazione emessa dalla Compagnia Assicurativa o da BDUE che comprende la convalida di copertura da parte della Polizza nell'Ospedale, situato in un Paese diverso dall'Italia, indicata per il trattamento, servizio, somministrazione o prescrizione medica del caso.

Chirurgia: Pratica che implica la manipolazione meccanica delle strutture anatomiche con un fine medico, sia esso diagnostico, terapeutico o prognostico, realizzata mediante incisione della pelle o altro approccio interno effettuata da parte di un chirurgo in un centro autorizzato e che richieda l'utilizzo di una sala operatoria.

Compagnia Assicurativa: AmTrust Europe Limited, soggetto che assume il rischio contrattualmente stabilito della Polizza di assicurazione.

Condizioni Particolari: Documento integrativo della Polizza nel quale si specifica il Massimale Assicurato e i limiti quantitativi delle Garanzie coperte, il Premio e la Data di Efficacia, nonché il Termine di Scadenza dell'assicurazione. Contagio Accidentale da HIV: Contagio accidentale da Virus dell'Immunodeficienza Umana (Human Immunodeficiency Virus) derivato da:

- Una trasfusione di sangue realizzata nel corso di un trattamento sanitario o
- Un'aggressione o
- Un incidente occorso nello svolgimento delle ordinarie mansioni attinenti alle seguenti occupazioni professionali:
 - Professioni sanitarie;
 - Servizi di emergenza (polizia, artificieri) e componenti delle forze armate e dei corpi di sicurezza dello Stato;
 - Operatori sociali;
 - Impiegati in imprese di smaltimento rifiuti.

L'incidente che costituisca causa dell'infezione deve essere stato notificato alle competenti autorità ed essere stato oggetto di indagini in conformità ai protocolli stabiliti per questi casi:

- Quando si tratti di un contagio accidentale, quale risultato di un'aggressione o quale conseguenza dell'adempimento delle ordinarie mansioni inerenti alle professioni sopra indicate, entro cinque giorni dal suddetto incidente deve essere effettuato un test degli anticorpi all'HIV, il cui risultato dovrà avere esito negativo.
- Deve essere effettuato, nei dodici mesi successivi all'incidente, un test dell'HIV avente esito positivo, confermando la presenza dell'HIV o di anticorpi del virus nell'organismo del soggetto.
- L'incidente causa della contaminazione deve essere avvenuto in uno Stato membro dell'Unione Europea, in Svizzera, Canada, Stati Uniti o Australia.

Il Contagio Accidentale da HIV avvenuto in forza di qualsiasi altra causa, inclusa l'attività sessuale o il consumo di droghe, non sarà considerato accidentale e non sarà coperto dalla presente Polizza.

Contraente dell'Assicurazione: La persona fisica o giuridica che sollecita e contrae la Polizza per conto proprio o altrui e che sia titolare delle obbligazioni dalla stessa derivanti, salve quelle che per la loro natura debbano essere adempiute dall'Assicurato.

Data di Efficacia: La data a partire dalla quale ha inizio, per ciascun singolo Assicurato, la copertura, indicata nelle Condizioni Particolari o Scheda di Polizza.

Dichiarazione di Stato di Salute: Dichiarazione redatta e sottoscritta dal Contraente e/o Assicurato prima della sottoscrizione della Polizza e che è necessaria alla Compagnia Assicurativa per la valutazione del rischio oggetto del Contratto di Assicurazione. Per gli Assicurati minorenni, la dichiarazione è redatta e firmata dal Contraente dell'Assicurazione o dal tutore legale del minore.

Documento di Assicurazione o Scheda di Polizza: Documento fornito dalla Compagnia Assicurativa a ciascuno degli Assicurati e dal quale risultano il Massimale Assicurato e le coperture contrattate.

Esclusione: E' una situazione o eventualità non coperta dalla Polizza e che l'Assicurazione non è obbligata a coprire tra le Garanzie convenute nel Contratto di Assicurazione.

Farmaco: Qualsiasi sostanza o combinazione di sostanze che possano essere usate o somministrate all'Assicurato al fine di ripristinare, correggere o modificare funzioni fisiologiche attraverso un'azione farmacologica, immunologica o metabolica, o al fine di ottenere una diagnosi medica, ottenibile esclusivamente dietro prescrizione di un Medico e rivenduta presso un farmacista autorizzato.

Una prescrizione per un Farmaco griffato è valida per il Farmaco generico che contenga i medesimi principi attivi, il medesimo effetto e le medesime dosi del Farmaco griffato.

Garanzie della Polizza: E' l'insieme delle Prestazioni e servizi medici che offre la Polizza, così come i risarcimenti e i rimborsi monetari che derivino da tali Prestazioni.

Infortunio: Qualsiasi evento prodotto e dovuto da una causa violenta, improvvisa, esterna e priva di intenzionalità da parte dell'Assicurato che produca lesioni personali suscettibili di oggettivo apprezzamento.

Lesione: Danno cagionato all'Assicurato.

Malattia: Qualsiasi alterazione involontaria dello stato di salute, la cui diagnosi e convalida sia stata effettuata da un Medico legalmente abilitato all'esercizio della specializzazione concretamente praticata. Sono considerate ricadenti nella medesima Malattia tutte le lesioni e complicazioni derivanti dalla medesima diagnosi, così come tutte le malattie ricollegabili alla medesima causa o a cause a quest'ultima collegate. Se una Malattia è provocata dalla stessa causa che ha portato ad una precedente Malattia, o a cause ad essa collegate (inclusi peggioramenti e complicanze derivati dalla Malattia antecedente), la Malattia sarà considerata come una continuazione della precedente e non come una Malattia distinta.

Malattie Preesistenti: Malattia o dolore che sia stato diagnosticato, trattato o i cui sintomi e/o segnali, correlati e medicalmente documentati, si siano manifestati nei dieci anni precedenti alla Data di Efficacia della Polizza, o comunque dalla data di effetto delle coperture assicurative di cui alla presente Polizza per ogni Assicurato.

Massimale Assicurato: E' il tetto massimo di indennizzo, specificato nelle Condizioni Particolari, che la Compagnia Assicurativa pagherà in relazione alle Garanzie della Polizza per la copertura delle Malattie e delle Procedure Sanitarie indicate nel dettaglio sub art. 4.

Medicalmente Necessari: Le cure e trattamenti medici saranno considerati Medicalmente Necessari quando siano:

- Necessari per garantire le necessità fondamentali di salute dell'Assicurato e
- Erogati mediante le procedure mediche maggiormente appropriate e nelle condizioni adeguate per la Prestazione del trattamento o della cura medica, sulla base di considerazioni che tengano conto dei costi e della qualità del trattamento e
- Adeguati e coerenti con il tipo, la frequenza e la durata del trattamento in base ai criteri scientifici delle organizzazioni sanitarie, di ricerca o di salute o delle organizzazioni governative riconosciute dalla Compagnia Assicurativa e
- Adeguati e coerenti con i trattamenti sanitari o la Malattia e richiesti per ragioni diverse dalla mera comodità dell'Assicurato e del suo Medico e
- Che secondo la letteratura medica maggioritaria siano
 - Sicuri ed efficaci nel trattamento o nella diagnosi della Malattia o del trattamento sanitario in relazione ai quali sono proposti o
 - Sicuri in base ad una stima ragionevole di efficienza con riferimento al trattamento di una Condizione di Salute
 - Malattia che costituisca un pericolo per la vita dell'Assicurato all'interno di un programma di studi sperimentali effettuati sotto supervisione clinica.

Medicina Alternativa: Metodi medici e di salute, pratiche e prodotti che allo stato non si considerano facenti parte della medicina convenzionale o dei protocolli sanitari standard, inclusi e non limitati a: agopuntura, aromaterapia, medicina chiropratica, medicina omeopatica, medicina naturopatica e medicina osteopatica.

Medico: Professionista legalmente abilitato all'esercizio della professione medica.

Persone a carico: Per le polizze stipulate da persone fisiche, saranno considerate Persone a Carico (1) il partner del Contraente, (2) i figli non coniugati a carico del Contraente (inclusi i figli naturali, i figliastri e i figli adottati). Essi dovranno essere conviventi del Contraente, salvo espressa approvazione della Compagnia Assicurativa. Le persone a carico dovranno rispondere ai seguenti requisiti:

Il partner sarà il coniuge o il compagno di fatto e, nel caso di assenza di matrimonio, il partner dovrà essere maggiorenne e vivere al medesimo indirizzo di residenza, nonché essere finanziariamente dipendente dal Contraente (oppure dovranno essere entrambi reciprocamente dipendenti dal punto di vista finanziario). Il partner non può essere un familiare, salvi i casi del coniuge o della convivenza di fatto e si può avere un solo partner per ciascun Contraente. Il partner può essere dello stesso sesso del Contraente.

I figli maggiorenni saranno considerati figli non coniugati a carico dipendenti dall'Assicurato o dal coniuge dell'Assicurato solo alla presenza dei seguenti requisiti:

- Non sono lavoratori dipendenti a tempo pieno o non sono liberi professionisti o imprenditori e
- Sono, come occupazione principale, studenti e
- Sono dipendenti in termini finanziari dall'Assicurato.

Ospedale: Qualsiasi stabilimento pubblico o privato legalmente autorizzato al trattamento medico delle Malattie o lesioni corporali, provvisto di strumenti e personale adeguato per effettuare diagnosi e interventi chirurgici e presidiato da Medici e personale sanitario per tutte le ventiquattro ore (24) della giornata.

Patologia Cerebrale: La presenza di un disordine cerebrale o di una lesione cerebrale che abbia come effetto la compromissione totale o parziale delle funzioni cerebrali.

Periodo di Carenza: Intervallo di tempo durante il quale non sono coperte le Malattie e i trattamenti sanitari inclusi tra le Garanzie della Polizza. Detto periodo si misura in giorni, calcolati a partire dalla data di entrata in vigore della Polizza per ciascuno degli Assicurati in essa inclusi. Le Malattie e i trattamenti sanitari coperti che siano già conosciuti o accertati per la prima volta o i cui primi sintomi connessi alla suddetta Malattia o trattamento sanitario si manifestino entro i primi cento ottanta giorni (180) successivi alla data di ciascuno degli Assicurati, non rientreranno nella copertura di questa assicurazione.

Polizza: Il documento che contiene le condizioni che regolano il Contratto di Assicurazione. Costituiscono parte integrante della Polizza: l'Istanza di Assicurazione, comprensiva nel Questionario anamnestico; le Condizioni di assicurazione; le Condizioni Particolari e/o il Documento di Assicurazione che operano l'individualizzazione del rischio; così come le integrazioni

- Appendici, se dovessero essere opportune, che si emettano e aggiungano alla Polizza per integrarla o modificarla.

Premio: Il prezzo dell'assicurazione, la cifra da corrispondere alla Compagnia Assicurativa perché la copertura rimanga in vigore. La frequenza dei pagamenti sarà definita nel dettaglio all'interno delle Condizioni Particolari. La ricevuta conterrà, in aggiunta, le tariffe e le imposte applicabili.

Prestazione: Consiste nell'assistenza sanitaria che ha origine dalla notifica di un Sinistro. Il termine assistenza sta a indicare l'atto di occuparsi o prendersi cura della salute di una persona.

Protesi: Dispositivo artificiale che sostituisce tutto o parte di un organo o rimpiazza in tutto o in parte la funzionalità di una parte del corpo invalida o che non ha un corretto funzionamento.

Ricovero: Il soggiorno, inclusivo del pernottamento, in un Ospedale o clinica.

Sinistro: Qualsiasi fatto le cui conseguenze siano totalmente o parzialmente coperte dalla Polizza. Si considera come un solo e unico Sinistro l'insieme dei servizi derivati da una medesima causa o diagnosi.

Trattamento Sperimentale: E' un trattamento, una procedura, un ciclo di cure, un'attrezzatura, un dispositivo medico, un farmaco o prodotto farmaceutico con finalità mediche, chirurgiche, riabilitative che non sia stato universalmente accettato come sicuro, efficace e appropriato per il trattamento delle Malattie e lesioni da parte dell'insieme delle organizzazioni scientifiche riconosciute dalla comunità medica internazionale, o che ancora siano in fase di studio, ricerca, periodo di prova o in qualsiasi tappa della sperimentazione clinica.

Termine di Scadenza: La data a partire dalla quale termina la copertura dell'Assicurato ad opera della Polizza, indicata nella Condizioni Particolari.

Termine di Rinnovo: Il Termine di Rinnovo indicato nell'ultima comunicazione fornita da BDUE, o qualsiasi scadenza annuale della data di decorrenza delle coperture assicurative.



Standard Critical Advantage[®]

Curatevi presso i migliori medici del mondo

- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
BD-SCA-IT_01_2018

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

BD-SCA-IT_01_2018

Articolo 1

OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Soggetta alle disposizioni e limitazioni stabilite ai successivi articoli, la presente Polizza copre i costi sostenuti a seguito dei trattamenti ai quali è sottoposto l'Assicurato per procedimenti diagnostici, terapie, servizi, somministrazioni di farmaci o prescrizioni mediche di cui agli artt. 14 e 15, purché siano rispettate le seguenti condizioni:

- Le Prestazioni Mediche siano fornite nel corso del periodo durante il quale sia attiva la copertura;
- La diagnosi che è oggetto del trattamento sia stata confermata mediante il Second Medical Opinion (secondo parere medico);
- La Malattia o il trattamento medico coperto non sia stata diagnosticata, trattata e nessun sintomo ad essa correlato sia stato medicalmente documentato nei dieci anni anteriori alla Data di Efficacia di ciascuna copertura assicurativa o di ogni Assicurato ai sensi della presente Polizza, o si sia presentata nel corso del Periodo di Carenza rilevante per ciascun Assicurato incluso nella Polizza;
- Il trattamento sia Medicalmente Necessario;
- I costi coperti siano inferiori ai Massimali Assicurati annuali e vitalizi;
- Il trattamento sia concesso e gestito secondo il procedimento di Sinistro di cui all'articolo 17;
- I costi sanitari siano sostenuti fuori dal territorio italiano, con l'eccezione dei costi per i Farmaci che sono riconosciuti dall'Articolo 15(E);

I costi sostenuti per qualsiasi procedimento di diagnosi, trattamento, servizio, somministrazione di farmaci o prescrizione medica inclusi nella Polizza sono definiti dall'Articolo 15.

Articolo 2

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

1. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, comprese le dichiarazioni rilasciate nel Questionario anamnestico, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la cessazione stessa dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Articolo 3

PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

1. L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti, ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.
2. **Il pagamento del Premio va eseguito presso l'Intermediario cui è assegnato il contratto o presso la sede della Compagnia secondo una delle seguenti modalità:**
 - mandato SDD SEPA Direct Debit sul conto corrente bancario/postale intestato al Contraente, all'Assicurato o ad altro soggetto;
 - assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Compagnia di Assicurazione oppure all'Intermediario assicurativo, espressamente in tale qualità;
 - bonifico bancario su c/c intestato alla Compagnia di Assicurazione o all'Intermediario assicurativo, espressamente in tale qualità;
 - bancomat o carta di credito/debito se disponibile presso l'Intermediario assicurativo;
- 2.1 Ove nelle Condizioni Particolari e/o nel Documento di Assicurazione dovesse essere scelta la domiciliazione bancaria dei pagamenti del Premio, si applicheranno le seguenti condizioni:
 - a) Il Contraente inoltrerà alla Compagnia di Assicurazioni, la comunicazione diretta all'istituto bancario contenente l'ordine di addebito diretto in conto corrente relativo ai Premi.

- b) Il Premio si intenderà soddisfatto alla data di scadenza del termine per il pagamento, salvo che sia stato impossibile effettuare l'addebito per mancanza di fondi sufficienti nel conto corrente. In tale ipotesi, la Compagnia Assicurativa darà comunicazione, inviata al Contraente, che i moduli per il pagamento sono a sua disposizione presso la sede della Compagnia o una sua filiale e che presso tale luogo il Contraente sarà tenuto ad effettuare il pagamento del Premio, ovvero ad utilizzare uno degli ulteriori mezzi consentiti.
 - c) In caso di mancato pagamento del Premio, sarà applicabile il regime previsto al presente Articolo.
3. **Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo la scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile (da ora in poi c.c.). In caso di mancato pagamento delle rate di Premio successive alla prima, il contratto è risolto di diritto, nel caso in cui l'Assicuratore non agisce per la riscossione nel termine di sei mesi dal giorno in cui il Premio o la rata sono scaduti.**
 4. Il Premio è sempre determinato per Periodi di Assicurazione di un anno ed è dovuto per intero, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.
 5. Per la formulazione della proposta assicurativa il Contraente deve utilizzare il modello allegato alle presenti condizioni di Polizza.

Articolo 4

ADEGUAMENTO DEL PREMIO PER ETÀ

1. In occasione di ogni tacito rinnovo, la Compagnia adegua il Premio per ogni Assicurato applicando i coefficienti per età, applicabile al momento della data di rinnovo.

Articolo 5

MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

1. Il contratto di assicurazione, le eventuali modifiche dell'Assicurazione e tutte le dichiarazioni relative al contratto devono essere provate per iscritto ai sensi dell'art. 1888.

Articolo 6

DURATA, PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO ASSICURATIVO

1. Il contratto è di durata annuale. In mancanza di disdetta inviata per iscritto (fax, lettera, email) da una delle Parti almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale, il contratto si intende tacitamente prorogato per il periodo di un anno e così successivamente.
2. Il contratto si scioglie:
 - il giorno in cui la persona assicurata muore o
 - il giorno in cui la persona assicurata è stata dichiarata legalmente incapace, con effetto dalla data in cui la decisione del giudice sia divenuta definitiva e vincolante.
 - con il recesso o disdetta da parte della società di assicurazione o dell'Assicurato.
 - al termine dell'annualità assicurativa in cui l'Assicurato abbia compiuto 84 anni.
 - **Se un Assicurato vive al di fuori dall'Italia per più di 91 giorni consecutivi in ogni anno di copertura assicurativa, la copertura terminerà immediatamente.** Se questa persona è il Contraente, tutte le coperture per le altre persone assicurate interessate dalla Polizza terminerà immediatamente.
3. In caso di scioglimento del contratto per morte dell'Assicurato, l'Assicuratore avrà diritto a ritenere il Premio fino alla fine del mese.

Articolo 7

PERIODO DI CARENZA

L'Assicurato avrà diritto alla Prestazione unicamente nell'ipotesi in cui la Malattia o condizione fisica coperta dalla

presente Polizza, qualsiasi essa sia, venga diagnosticata, trattata o mostri sintomi e/o segni ad essa connessi documentati dal punto di vista medico dopo un periodo di centottanta (180) giorni, a decorrere dalla Data di Efficacia del Contratto di assicurazione o dall'inclusione di un nuovo Assicurato.

Articolo 8

ALTRE ASSICURAZIONI

1. Il Contraente deve dare avviso scritto alla Compagnia e/o all'Intermediario assicurativo dell'esistenza e/o della successiva stipulazione di altre Assicurazioni per lo stesso rischio, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. In caso di Sinistro il Contraente deve darne avviso a tutte le Compagnie assicuratrici interessate, indicando a ciascuna di esse il nome delle altre. Qualora il Contraente ometta dolosamente di dare le comunicazioni di cui sopra, la Compagnia non sarà tenuta a corrispondere l'Indennizzo.
2. Tali obblighi sono estesi anche all'Assicurato se persona diversa dal Contraente.

Articolo 9

SURROGAZIONE

La Compagnia Assicurativa ai sensi e per l'effetto dell'articolo 1916 c.c., una volta pagata l'indennità, potrà esercitare i diritti e le azioni che sarebbero spettati all'Assicurato nei confronti dei soggetti responsabili del Sinistro subito a seguito di Incidente o Malattia, fino al raggiungimento del rimborso corrisposto.

Il diritto di surrogazione non potrà essere esercitato contro il coniuge, i figli, gli ascendenti, da altri parenti o affini dell'Assicurato stabilmente con lui conviventi. La presente disposizione non avrà tuttavia effetto se taluno dei suddetti soggetti abbia agito dolosamente.

Articolo 10

PRESCRIZIONE

I diritti (diversi dal diritto al pagamento dei premi o rate di Premio) derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dalla data dell'evento su cui si fonda il diritto ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

Articolo 11

LEGGE APPLICABILE E FORO

Il contratto è soggetto e regolato dalla Legge italiana. Il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio eletto dell'Assicurato.

Articolo 12

ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia.

Articolo 13

VALIDITÀ TERRITORIALE

Le coperture assicurative di cui al presente contratto valgono in tutto il mondo ad esclusione dell'Italia, con l'unica eccezione relativa al rimborso spese farmaci, quando sostenute in Italia al rientro.

Articolo 14

MALATTIE E PROCEDURE SANITARIE COPERTE

14.1 Terapie contro il Cancro

- a) Terapia contro un carcinoma o tumore maligno non incapsulato che sia caratterizzato dalla crescita e dispersione incontrollata di cellule maligne e dalla invasione dei tessuti.

- b) Terapia contro un Cancro “In-Situ” che rimanga limitato all’epitelio nel quale ha avuto origine e che non si sia esteso allo stroma o al tessuto contiguo.
- c) Terapia contro le lesioni cellulari pre-cancerose istologicamente o citologicamente classificate come displasia severa o displasia di grado alto.

14.2 By-Pass delle Arterie Coronarie

Chirurgia del cuore prescritta da un Cardiologo posta in essere mediante l’utilizzo di innesti denominati “by-pass” al fine di correggere stenosi di almeno un’arteria coronaria.

14.3 Sostituzione o riparazione di Valvole Cardiache

Presuppone un’Operazione Chirurgica prescritta da un Cardiologo per la sostituzione totale o la riparazione di una o più valvole cardiache.

14.4 Neurochirurgia

Per Neurochirurgia si intende:

- Operazione Chirurgica al cervello e/o a strutture intracraniche;
- Trattamento di tumori spinali benigni.

14.5 Trapianto da Donatore Vivente

Il trapianto chirurgico mediante il quale l’Assicurato riceve un rene, un segmento epatico, un lobo polmonare o una porzione del pancreas. L’organo deve essere sostituito da altro organo del medesimo tipo, proveniente da essere umano vivente che sia stato identificato come donatore compatibile.

14.6 Trapianto di Midollo Osseo

Si intende il trapianto di midollo osseo o trapianto di cellule staminali periferiche eseguito secondo una delle seguenti tecniche:

- Trapianto autologo ovvero autotrapianto;
- Trapianto allogenico ovvero da un donatore vivente compatibile.

Articolo 15

COSTI SANITARI COPERTI

I costi e le prestazioni che sono Oggetto dell’Assicurazione in forza della presente Polizza, entro i limiti indicati nelle Condizioni Particolari, corrispondono alle spese sostenute per:

15 (A) Costi Sanitari

1. Per l’ospedalizzazione, a titolo di:
 - 1.1 Vitto, alloggio e servizio di infermeria nel corso della permanenza in una stanza, corsia o reparto, nonché in un’unità di monitoraggio o in un reparto di terapia intensiva.
 - 1.2 Altri servizi ospedalieri, inclusi i servizi prestati negli ambulatori esterni di un Ospedale, nonché le spese corrispondenti al costo di un letto supplementare o per un accompagnatore, ove l’Ospedale disponga di tale servizio.
 - 1.3 Utilizzo delle sale operatorie e di tutti i servizi ad esse connessi.
2. In riferimento alla degenza in una casa di cura privata o comunque centro di Chirurgia anche ambulatoriale, ma solo ove la terapia, l’operazione chirurgica o la prescrizione risulta prevista dalle presenti coperture assicurative e sarebbe stata coperta qualora eseguita o comunque prestata da un Ospedale.
3. Per un Medico a titolo di consulenza, terapia, cure mediche o Operazione Chirurgica.
4. Per visite mediche alle quali l’Assicurato venga sottoposto nel corso della degenza ospedaliera.
5. Per i seguenti servizi, terapie o prescrizioni Mediche e chirurgiche:
 - a. Anestesia e sua somministrazione, sempre che sia stata posta in essere da un anestesista professionista.



- b. Analisi di laboratorio e patologia, radiografie a fini diagnostici, radioterapia, isotopi radioattivi, chemioterapia, elettrocardiogrammi, ecocardiografie, mielogrammi, elettroencefalogrammi, angiografie, tomografie computerizzate, risonanza magnetica nucleare, e altri esami o trattamenti analoghi, prescritti per la diagnosi e il trattamento di una Malattia o trattamento medico coperto, purché siano state prescritte ed effettuate da un Medico o sotto la supervisione di un Medico.
 - c. Trasfusione di sangue e di suoi derivati, somministrazione di plasma o siero.
 - d. Costi derivanti da consumo di ossigeno, somministrazione di soluzioni intravenose e iniezioni.
6. Per farmaci o Medicazioni somministrati a seguito di prescrizione medica mentre l'Assicurato si trovi Ospedalizzato a seguito di una Malattia o trattamento medico coperto. Rimangono altresì garantiti i costi per farmaci o Medicazioni assunti dall'Assicurato, a seguito di prescrizione medica, nei trenta (30) giorni successivi alla data di conclusione del trattamento posto in essere su territorio non italiano, a condizione che siano stati acquistati al di fuori del territorio italiano.
 7. Per i servizi di trasferimento e trasporto su ambulanze terrestri e aeree quando il loro utilizzo sia disposto e prescritto da un Medico e previa autorizzazione della Compagnia Assicurativa per tramite di BDUE.
 8. Per l'assistenza e i servizi prestati da un donatore vivente nel corso di un processo di espianto di un organo o tessuto al fine di effettuare un trapianto all'Assicurato, trapianto che abbia origine da:
 - 8.1 Un processo di ricerca per l'individuazione di potenziali donatori.
 - 8.2 L'assistenza e i servizi prestati al donatore in un Ospedale, a titolo di vitto, alloggio in corsia o reparto, servizio generale di infermeria e altri servizi ordinari erogati dal personale dell'Ospedale, prove di laboratorio e utilizzo di attrezzature o altri servizi Ospedalieri (fatta eccezione per gli oggetti di uso personale che non siano necessari nel corso del processo di espianto dell'organo o del tessuto che sarà successivamente trapiantato).
 - 8.3 L'operazione chirurgica e i servizi medici connessi con l'espianto dell'organo o del tessuto del donatore del quale si tenterà il trapianto sull'Assicurato.
 9. Per servizi e materiali somministrati a seguito di colture di midollo osseo (mielocultura) connesse ad un trapianto di tessuto da praticare sull'Assicurato. Saranno coperti esclusivamente i costi sostenuti a partire dall'emissione della Certificazione Medica Preventiva, per come riconosciuti in tale documento.

15 (B) Spese di trasferimento

Spese per il trasferimento dell'Assicurato, dell'accompagnatore (e donatore quando vi debba essere trapianto da vivente) sostenute all'unico scopo di ricevere un trattamento che sia stato approvato da BDUE nella Certificazione Medica Preventiva.

Tutte le pratiche e le prenotazioni per il viaggio dovranno essere realizzate da BDUE e la Compagnia Assicurativa non coprirà alcun costo di trasferimento o gestione o prenotazione realizzata direttamente dall'Assicurato o da terzi in nome e per conto dell'Assicurato.

Costituirà responsabilità di BDUE decidere le date del trasferimento sulla base del piano di terapia medica concordata. Nell'ipotesi in cui l'Assicurato modifichi le date del viaggio comunicatagli da BDUE, dovrà risarcire la Compagnia Assicurativa e/o BDUE con riferimento ai costi necessari per organizzare e provvedere al nuovo trasferimento, salvo che tale modifica delle date sia stata riconosciuta da BDUE come giustificata dal punto di vista medico.

I costi per il trasferimento includeranno:

- Il trasferimento dalla residenza dell'Assicurato all'aeroporto o stazione ferroviaria individuata;
- Il biglietto in classe economica fino alla città di destinazione e il trasporto fino all'hotel scelto;
- Il trasporto dall'Ospedale/albergo di destinazione fino all'aeroporto o alla stazione ferroviaria nella città di arrivo;
- Il biglietto in classe economica fino alla città di origine e il trasporto fino alla residenza dell'Assicurato.

15 (C) Costi di alloggio

Costi di alloggio, al di fuori del territorio italiano, per l'Assicurato, l'accompagnatore (e donatore quando si debba



procedere a trapianto da donatore vivente) sostenuti all'unico scopo di ricevere la terapia medica approvata da BDUE nella Certificazione Medica Antecedente.

Tutte le operazioni di gestione e prenotazione dell'alloggio dovranno essere realizzate da BDUE e la Compagnia Assicurativa non coprirà alcun costo di alloggio per operazioni di gestione o prenotazione realizzate direttamente dall'Assicurato o da terzi in nome e per conto di quest'ultimo.

Costituirà responsabilità di BDUE stabilire le date di durata dell'alloggio sulla base del piano di terapia medica stabilita. Tali date saranno comunicate all'Assicurato con sufficiente preavviso, così da consentirgli di effettuare previamente le necessarie operazioni di gestione personale.

BDUE individuerà una data di rientro e di termine dell'alloggio sulla base della somministrazione della terapia e della certificazione da parte del Medico curante del fatto che l'Assicurato si trovi in condizioni fisiche ottimali per affrontare il viaggio.

Nel caso in cui l'Assicurato modifichi le date del viaggio o dell'alloggio rispetto a quelle comunicate da BDUE, egli dovrà risarcire la Compagnia Assicurativa e/o BDUE con riferimento ai costi sostenuti per organizzare e procurare un nuovo alloggio, salvo che tali modifiche siano state previamente approvate da BDUE in quanto giustificate dal punto di vista sanitario.

I costi di alloggio includeranno:

- Prenotazione di una stanza (con letto matrimoniale o due letti singoli), colazione inclusa, in hotel 3/4 stelle.

La scelta dell'hotel è subordinata a disponibilità e sarà basata sul criterio di prossimità all'Ospedale o al Medico curante, entro un raggio di dieci (10) chilometri.

15 (D) Spese di rimpatrio

Nel caso in cui l'Assicurato (e/o il donatore quando si debba procedere a trapianto da donatore vivente) deceda fuori dal territorio italiano mentre riceve la terapia approvata da BDUE nella Certificazione Medica Preventiva, la Compagnia Assicurativa provvederà al pagamento del rimpatrio del feretro in Italia.

Saranno coperti solo i costi relativi ai servizi necessari per la preparazione del feretro e per il suo trasporto in Italia, inclusi:

- I servizi erogati dall'agenzia funebre che gestirà il rimpatrio, inclusa l'imbalsamazione e il disbrigo delle pratiche amministrative;
- La bara obbligatoria minima secondo le regole aeroportuali;
- Il trasporto del feretro sino al luogo, sito in Italia, scelto per lo svolgimento del servizio funebre.

15 (E) Spese per Farmaci sostenute al rientro in Italia

Ricadranno nella copertura assicurativa i costi per Farmaci sostenuti in Italia, entro i limiti indicati nelle Condizioni Particolari, successivi al trattamento di una Malattia o di un trattamento medico coperto e gestito a termini della presente Polizza, come indicato nella Certificazione Medica Preventiva e sempre che il trattamento abbia avuto una durata superiore a tre giorni consecutivi di Ospedalizzazione.

La copertura di tali spese sarà soggetta al rispetto di tutti i seguenti requisiti:

- Che il Farmaco sia stato raccomandato come necessario per la prosecuzione della terapia e che la raccomandazione provenga, per tramite di BDUE, dal Medico che ebbe in cura l'Assicurato al di fuori del territorio italiano;
- Che l'utilizzo del Farmaco sia stato approvato dall'autorità medica competente in Italia e, allo stesso modo, che la sua prescrizione e somministrazione sia regolamentata;
- Che il Farmaco sia prescritto da un Medico autorizzato all'esercizio della professione, ed esercente la stessa, sul territorio italiano;
- Che il Farmaco sia disponibile in Italia;
- Che ciascuna prescrizione del Farmaco non preveda una posologia con tempi di somministrazione superiori a due mesi.

Il beneficio di cui al presente Articolo 15 (E) non coprirà le seguenti spese:

- I costi del Farmaco qualora esso sia incluso tra i Livelli Essenziali di Assistenza del Servizio Sanitario Nazionale italiano.
- I costi derivanti dalla somministrazione del Farmaco.
- I costi derivanti dall'acquisto del Farmaco al di fuori del territorio italiano.
- Le Fatture inviate alla Compagnia Assicurativa in un periodo posteriore ai 180 giorni successivi all'acquisto del Farmaco.

Rimborso dei costi per Farmaci

L'acquisto dei Farmaci di cui all'Articolo 15 (E) dovrà essere gestito e pagato direttamente dall'Assicurato. La Compagnia Assicurativa rimborserà l'Assicurato a seguito della ricezione della documentazione che giustifichi l'acquisto, documentazione che deve essere inclusiva della prescrizione, della fattura originale e dello scontrino fiscale o della ricevuta di pagamento.

Quando il costo del Farmaco sia stato parzialmente finanziato dal Servizio Sanitario Nazionale italiano, la richiesta di rimborso nei confronti della Compagnia Assicurativa dovrà indicare in modo chiaro le singole spese sostenute direttamente dall'Assicurato.

15 (F) Indennizzo giornaliero in caso di Ospedalizzazione

In caso di Ospedalizzazione, la Polizza prevederà, entro i limiti indicati nelle Condizioni Particolari, un Indennizzo giornaliero per ciascun giorno che l'Assicurato trascorrerà nell'Ospedale, ove deve ricevere il trattamento gestito e coperto dalla Polizza, come indicato nella Certificazione Medica Preventiva.

Articolo 16 ESCLUSIONI

Rimangono escluse dalle coperture della presente Polizza:

16 (A) Esclusioni Generali

1. Qualsiasi Malattia o trattamento medico che non sia specificamente contemplato dall'articolo 14 "Infermità e Procedure Sanitarie Coperte dalla presente Polizza".
2. L'assistenza sanitaria per Malattia o lesioni derivanti da guerre, Atti di Terrorismo, terremoti, rivolte, frane, inondazioni, eruzioni vulcaniche, così come quelle derivanti quali conseguenze dirette e indirette di reazioni nucleari o contaminazione radioattiva, chimica o biologica e qualsiasi altro fenomeno di carattere straordinario o catastrofico, incluse le epidemie e pandemie ufficialmente dichiarate.
3. L'assistenza sanitaria derivante da alcolismo, uso di droghe e intossicazioni da abuso di alcol o causate da uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni, anche nell'ipotesi di uso occasionale o limitato ad un unico episodio. Sono parimenti escluse dalla copertura le conseguenze e le Malattie derivate da tentativi di suicidio e da episodi autolesivi, così come le Malattie o gli Infortuni cagionati da dolo dell'Assicurato.
4. Tutte le spese ricollegate a Malattie o Trattamenti Sanitari provocati intenzionalmente o dolosamente dall'Assicurato, ovvero derivate da atti di grave imprudenza, negligenza o da condotte costituenti reato.

16 (B) Esclusioni di tipo Sanitario

1. Qualsiasi tipo di Malattia Preesistente.
2. Le Terapie Sperimentali, così come tutte le procedure diagnostiche, terapeutiche e/o chirurgiche la cui sicurezza ed efficacia non sia stata provata scientificamente.
3. La Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS), o qualsiasi Malattia o sintomo che sia derivante o originato dal Virus dell'Immunodeficienza Umana (HIV), o costituisca una conseguenza di qualsiasi terapia posta in essere per contrastare infezioni derivanti dal Virus dell'HIV o dall'AIDS (inclusa la Malattia conosciuta come Sarcoma di Kaposi), salvo si tratti di un Contagio Accidentale da HIV.

4. Qualsiasi servizio che non sia Medicalmente Necessario per il trattamento di una Malattia o di un trattamento sanitario coperto.
5. Qualsiasi Malattia che sia stata causata da un trapianto coperto, salvo che detta Malattia sia qualificata come Malattia coperta.
6. Le complicazioni direttamente associate alla procedura chirurgica, che abbiano luogo nel corso dell'operazione chirurgica o il recupero post operatorio saranno coperte dalla presente Polizza, qualora possano essere considerate come un prosecuzione del procedimento di trapianto coperto.
7. I costi sostenuti dall'Assicurato per ricevere qualsiasi trattamento, servizio, somministrazione di farmaci o prescrizione medica per una Malattia o una trattamento medico in relazione alla quale la migliore opzione individuata sarebbe stata, in luogo della terapia applicata, il trapianto coperto dalla Polizza.

16 (C) Spese escluse

1. Qualsiasi costo sostenuto in relazione a/o derivato da qualsiasi procedimento diagnostico, terapia, servizio, somministrazione o prescrizione di farmaci di qualsiasi natura avvenuto in Italia, con l'eccezione del beneficio delle Spese per Farmaci sostenute al rientro in Italia descritta all'articolo 15 (E).
2. Qualsiasi costo sostenuto in relazione a/o derivato da qualsiasi procedimento diagnostico, terapia, servizio, somministrazione o prescrizione di farmaci di qualsiasi natura avvenuta in qualsiasi parte del mondo, qualora l'Assicurato, al momento della notifica del Sinistro, non abbia la residenza (anche fiscale) in Italia.
3. Qualsiasi Malattia o Condizione fisica che sia diagnosticata o che manifesti i suoi primi sintomi - correlati e medicalmente documentati - nel Periodo di Carenza di cento ottanta (180) giorni indicato dall'articolo 7 e da valutarsi per ogni singolo Assicurato.
4. Qualsiasi spesa sostenuta in caso di Sinistro senza rispettare il procedimento descritto dall'articolo 17.
5. Spese sostenute per servizi di affidamento, cura della salute in ambiente domestico o servizi somministrati in un centro o in un istituto di convalescenza, casa di riposo o residenza per anziani, anche quando tali servizi siano richiesti o necessari come conseguenza di una Malattia o una trattamento medico coperto.
6. Qualsiasi tipo di Protesi o apparati ortopedici, busti, bendaggi, stampelle, membri o organi artificiali, parrucche (anche qualora il loro uso sia considerato necessario nel corso del trattamento di chemioterapia), scarpe ortopediche, cinto erniario o articoli analoghi, fatta eccezione per le Protesi mammarie a seguito di mastectomia coperta e gestita dalla Polizza, e per le valvole cardiache come risultato di una sostituzione o riparazione delle valvole cardiache, quando tale sostituzione o riparazione sia coperta e gestita dalla Polizza.
7. Spese per l'acquisto o il noleggio di sedie a rotelle, letti speciali, condizionatori, depuratori d'aria e qualsivoglia articolo o attrezzo analogo.
8. Ogni tipo di prodotto farmaceutico e Farmaco che non sia stato fornito da un farmacista dotato di regolare licenza o per il cui ottenimento non sia necessaria ricetta o prescrizione di un Medico.
9. Spese sostenute per terapie di Medicina Alternativa, anche qualora esse siano state prescritte specificamente da un Medico.
10. Sindrome Cerebrale o costi di assistenza e affidamento derivati da casi di demenza di qualsiasi origine e in qualsiasi stadio di sviluppo, inclusi i più precoci o incipienti (deterioramento cognitivo lieve), senilità o decadimento cognitivo.
11. Spese sostenute per interpreti, costi di telefonia e altre spese per articoli di uso personale, o che comunque non abbiano carattere medico, o per qualsiasi altro servizio del quale abbiano usufruito i familiari, gli accompagnatori o i collaboratori.
12. Qualsiasi altra spesa sostenuta dall'Assicurato o dagli accompagnatori dell'Assicurato, salve quelle espressamente coperte.
13. Spese ingiustificate o eccessive.

14. Spese connesse a qualsiasi gestione e prenotazione di trasferimento o alloggio realizzate direttamente dall'Assicurato, dal suo accompagnatore e/o dal donatore.

16 (D) Malattie e Procedure Sanitarie escluse

Terapia contro il Cancro

- I carcinomi della pelle che non siano stati istologicamente classificati quale causa di lesione della pelle oltre l'epidermide, ad eccezione del melanoma.
- Terapia antitumorale in presenza del Virus dell'Immunodeficienza Umana (HIV), salvo il caso in cui la fattispecie sia ascrivibile ad un caso di Contagio Accidentale da HIV.

By-Pass delle Arterie Coronarie

- Qualsiasi Malattia coronarica trattata con una tecnica diversa rispetto a quella impiegata per la realizzazione del "By-Pass" delle Arterie Coronarie, ad esempio l'angioplastica.

Trapianto da Donatore Vivente

- I trapianti di cui all'articolo 14.5 delle presenti Condizioni di assicurazione, quando la necessità del trapianto derivi da una cirrosi originata dal consumo di alcol.
- Gli autotrapianti.
- I trapianti che includano trattamenti con cellule staminali.
- I trapianti da donatore cadavere.
- I trapianti in relazione ai quali l'Assicurato abbia il ruolo di donatore nei confronti di terzi.
- I trapianti realizzati a seguito di compravendita degli organi del donatore.

Articolo 17

PROCEDURE DA OSSERVARE IN CASO DI SINISTRO

Nel caso in cui all'Assicurato sia stata diagnosticata una Malattia e/o gli sia stato prescritto un trattamento medico, sempre che essi risultino coperti ai sensi delle condizioni prescritte dagli articoli 14 e 15 della presente Polizza, l'Assicurato o qualsiasi persona che agisca a suo nome dovrà obbligatoriamente rispettare il procedimento di seguito descritto prima di poter aver accesso a qualsiasi terapia, servizio, somministrazione o prescrizione di farmaci che esige sulla base della presente Polizza:

17.1 Comunicazione del Sinistro

L'Assicurato o qualunque persona che agisca a suo nome dovrà tempestivamente, e comunque nel minor tempo possibile, contattare BDUE al fine di comunicare il possibile Sinistro e richiedendo la prestazione del Second Medical Opinion service. Il personale di BDUE informerà l'Assicurato dei successivi adempimenti necessari da compiere per la realizzazione del servizio di Second Medical Opinion, che includeranno la firma dei documenti e le autorizzazioni richieste, perché BDUE possa porre in essere, a nome dell'Assicurato, il disbrigo di determinate pratiche, nonché l'ottenimento delle informazioni mediche necessarie per dare avvio al suddetto processo relativo al servizio di Second Medical Opinion.

17.2 Valutazione e proposta dell'Ospedale

Una volta svolto il servizio di Second Medical Opinion, la diagnosi del Medico esperto sarà consegnata all'Assicurato, con contestuale indicazione del fatto che si tratti o meno di un Sinistro coperto dalla Polizza.

Qualora il Sinistro sia coperto dalla Polizza e nel caso in cui l'Assicurato decida di ricevere il trattamento al di fuori del territorio italiano, BDUE consegnerà (all'Assicurato) l'elenco degli Ospedali raccomandati.

17.3 Certificazione Medica Preventiva

Una volta che l'Assicurato abbia dato conferma scritta della scelta dell'Ospedale tra quelli inseriti nella lista degli Ospedali raccomandati, BDUE si farà carico di organizzare tutti i preparativi per la corretta accettazione dell'Assicurato

presso l'Ospedale scelto e procederà all'emissione della Certificazione Medica Preventiva, valida unicamente per il suddetto Ospedale.

La Certificazione Medica Preventiva consentirà di accedere, nel suddetto Ospedale, al trattamento, servizio, somministrazione o prescrizione di farmaci del caso, coperti dalle Garanzie della Polizza, alle condizioni ed entro i limiti descritti nella Certificazione Medica Preventiva.

Qualsiasi spesa sostenuta presso un Ospedale diverso rispetto a quello indicato nella Certificazione Medica Preventiva non sarà rimborsata.

Qualsiasi spesa sostenuta prima dell'emissione della Certificazione Medica Preventiva non sarà rimborsata.

La lista degli Ospedali Raccomandati e la Certificazione Medica Preventiva sono emessi sulla base di una valutazione relativa alle condizioni di salute dell'Assicurato al momento dell'emissione. Dal momento che lo stato di salute dell'Assicurato può evolversi positivamente o negativamente, entrambi i documenti avranno una validità di tre mesi.

Nell'ipotesi in cui l'Assicurato non scelga un Ospedale tra quelli indicati nella lista degli Ospedali raccomandati o non inizi il trattamento nell'Ospedale indicato nella Certificazione Medica Preventiva entro tre mesi dalla sua emissione, BDUE provvederà a una nuova emissione dei due documenti citati, sulla base di una nuova valutazione medica delle condizioni di salute dell'Assicurato.

17.4 Pagamento dei Costi Medici

Accertata l'esistenza del Sinistro e ottenuta dall'Assicurato la Certificazione Medica Preventiva con la quale si approva il trattamento, il servizio, la somministrazione o la prescrizione di farmaci nell'Ospedale concordato, in conformità con le condizioni e i limiti stabiliti nella suddetta Certificazione da parte di BDUE, la Compagnia Assicurativa si farà carico, direttamente e in forza della copertura della presente Polizza, dei costi sanitari sostenuti dall'Assicurato, nel rispetto di tutte le ulteriori condizioni, limitazioni ed esclusioni in essa contenute.

Articolo 18

RESIDENZA E VARIAZIONE DI RESIDENZA DELL'ASSICURATO

1. La Polizza è valida per gli Assicurati residenti all'interno del Territorio Italiano.
2. In caso di trasferimento della residenza al di fuori del Territorio Italiano, l'Assicurazione cessa in data coincidente con quella di trasferimento della residenza, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, a norma dell'art. 1898 del Codice Civile come indicato all'art. 3 della Nota Informativa.
3. La cessazione dell'Assicurazione in corso comporta l'obbligo per la Compagnia - a parziale deroga dell'art. 1898 del Codice Civile - di rimborsare il Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione dell'Assicurazione stessa, della parte di Premio già pagato per l'Assicurato, al netto dell'imposta, e relativo al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della garanzia e il termine del Periodo assicurativo per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.
4. L'Assicurato è tenuto a informare la Compagnia di tutti i cambiamenti, che sono importanti per l'esercizio delle assicurazioni ai sensi e per gli effetti dell'art. 1898 c.c.
5. L'Assicurato è tenuto ad informare immediatamente la Compagnia di assicurazione del cambiamento di residenza permanente. Se non provvede all'informazione, dovrà sostenere eventuali spese in cui sia incorsa la compagnia di assicurazione relativamente a tale caso.

Articolo 19

RECLAMI

Eventuali reclami possono essere presentati alla Compagnia, all'Istituto Italiano di Vigilanza sulle Assicurazioni (Ivass) e all'autorità inglese competente (Financial Service Ombudsman's Bureau) secondo le disposizioni che seguono:

- Alla Compagnia

Vanno indirizzati i reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo

dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della Prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto o della gestione dei Sinistri.

I reclami devono essere inoltrati per iscritto a:

Complaints Manager

AmTrust Europe Limited

c/o BDUE Underwriting Europe
Mediação de Seguros, Unipessoal Lda
Avenida da Liberdade, 110. 1269-046 Lisboa. Portugal

Email: complaints@bduinternational.com.

I reclami devono contenere i seguenti elementi: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione dell'impresa, dell'Intermediario assicurativo o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

La Compagnia ricevuto il reclamo deve fornire riscontro entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, all'indirizzo fornito dal reclamante.

All'Ivass - Servizio Tutela degli Utenti:

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, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale n. 21 – 00187 - Roma, via fax al seguente numero 06 42133206 ovvero con email all'indirizzo tutela.consumatore@pec.ivass.it, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Ulteriori informazioni sulla presentazione e gestione dei reclami sono contenute nel Regolamento n. 24/2008 e successive modificazioni dell'Ivass, che l'Assicurato può consultare sul sito www.ivass.it

All'autorità Inglese Competente:

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

In alternativa l'Assicurato, a sua scelta, ha in aggiunta anche il diritto di contattare il Financial Ombudsman Service (FOS), Exchange Tower, London, E14 9SR, Gran Bretagna. Il reclamo può anche essere effettuato via telefono al seguente numero 0044 20 7964 0500 ovvero con email all'indirizzo complaint.info@financial-ombudsman.org.uk

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

19.1 Financial Services Compensation Scheme

L'Assicuratore è coperto dal Financial Services Compensation Scheme (FSCS). Se l'Assicuratore non sia in grado di adempiere ai propri obblighi finanziari, si può avere diritto al risarcimento da parte di tale organo, a seconda del tipo di assicurazione e le circostanze del reclamo. Per le assicurazioni non obbligatorie, il 90% del vostro reclamo è coperto senza alcun limite massimo. Ulteriori informazioni circa le disposizioni del sistema di indennizzo è disponibile presso www.fscs.org.uk, oppure telefonicamente al numero 0044 207 892 7300.

Articolo 20

NOTIFICHE ALL'ASSICURATO

Le comunicazioni della Compagnia Assicurativa al Contraente o all'Assicurato saranno recapitate presso il domicilio dei medesimi indicato nella Polizza, salva l'avvenuta comunicazione di modifica da parte di questi ultimi alla Compagnia avvenuta mediante comunicazione scritta.

Le comunicazioni effettuate tramite un intermediario assicurativo in nome del Contraente, avranno i medesimi effetti che avrebbero avuto se fossero state poste in essere dallo stesso Contraente, salvo che il contenuto di tali comunicazioni fosse in contrasto con le indicazioni del Contraente.

Articolo 21

TUTELA DEI DATI – INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DLGS. 30 GIUGNO 2003 N. 196 (CODICE PRIVACY)

La Compagnia, in qualità di Titolare del trattamento, informa che i dati personali dell'Assicurato (di seguito gli "Interessati"), ivi compresi quelli sensibili (per esempio: informazioni in merito allo stato di salute) e giudiziari, forniti dagli Interessati o da terzi, sono trattati da parte della Compagnia di Assicurazioni, BDUE, EUREKO in qualità di distributore designato e di eventuali agenti delle Compagnie assicurative, società collegate e Società e/o BDUE ai fini, nei limiti e con le modalità necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata (compresa la sottoscrizione, l'elaborazione, la gestione delle richieste, la prevenzione delle frodi, la gestione della qualità, nonché per finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e di controllo, ivi compresa la normativa in materia di antiriciclaggio e contrasto al terrorismo. Il mancato conferimento dei dati, assolutamente facoltativo, può precludere l'instaurazione o l'esecuzione del contratto assicurativo. Con riferimento ai dati "sensibili" il trattamento potrà avvenire solo con il consenso scritto degli Interessati.

Proseguendo con questa Polizza, l'Assicurato conferma il suo esplicito consenso al trattamento delle sue informazioni personali, che vengono trattate dalla Società, BDUE, EUREKO come distributore designato, qualsiasi agente della Compagnia Assicurativa o altre Compagnie di Assicurazioni per uno qualsiasi degli scopi sopra indicati, nella misura consentita dalla legge sulla protezione dei dati personali e dalla legge sull'assicurazione. Nella misura in cui l'Assicurato è minorenne, tale consenso può essere concesso dal suo tutore legale.

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali e automatizzati, in forma cartacea e/o elettronica, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati medesimi.

All'interno della nostra Compagnia, possono venire a conoscenza dei dati personali, in qualità di Incaricati o Responsabili del loro trattamento, i dipendenti, le strutture o i collaboratori che svolgono per conto della Compagnia medesima o di, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale.

La Compagnia può altresì comunicare i dati personali a soggetti appartenenti ad alcune categorie (oltre a quelle individuate per legge) affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni. Tra questi si citano: i soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa" (per esempio: riassicuratori; coassicuratori) i soggetti che svolgono servizi bancari finanziari o assicurativi; le società appartenenti al Gruppo AmTrust o comunque da esso controllate o allo stesso collegate; soggetti che forniscono servizi per il sistema informatico della Compagnia; soggetti che svolgono attività di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla/dalla clientela; soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione, soggetti che prestano attività di assistenza alla clientela; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi; consulenti e collaboratori esterni; soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere dalla Compagnia anche nell'interesse della clientela; società di recupero crediti. I soggetti appartenenti a tali categorie, i cui nominativi sono riportati in un elenco aggiornato (disponibile presso la sede della Compagnia) utilizzeranno i dati personali ricevuti in qualità di autonomi "Titolari", salvo il caso in cui siano stati designati dalla Compagnia "Responsabili" dei trattamenti di loro specifica competenza. La comunicazione potrà avvenire anche nel caso in cui taluno dei predetti soggetti risieda all'estero, anche al di fuori dell'UE, restando in ogni caso fermo il rispetto delle prescrizioni del D.Lgs n. 196/2003. Nel caso in cui i dati personali venissero trasferiti all'estero, si sottolinea che gli stessi potrebbero essere trattati con livelli di tutela differente rispetto alle previsioni della normativa vigente in Italia. In nessun caso i dati personali saranno trasferiti per finalità diverse da quelle necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata. La Compagnia non diffonde i dati personali degli Interessati.

Ogni Interessato ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i propri dati personali trattati presso la Compagnia e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Per ottenere ulteriori informazioni e per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs n. 196/2003, può rivolgersi a:

The Group Compliance Officer
AmTrust Europe Ltd.

Market Square House,
St James's Street,
Nottingham, NG1 6FG
Gran Bretagna

Articolo 22

SECONDO PARERE MEDICO ESTESO PER CONDIZIONI NON COPERTE

Oltre alla copertura fuori paese fornita sotto BDA-SCA-IT_01_2018, l'Assicurato ha anche il diritto di utilizzare il servizio del Secondo parere medico per qualsiasi delle seguenti condizioni:

- Alzheimer
- Artrite
- Asma
- Demenza
- Diabete
- Epatite
- Malattia cardiovascolare
- Cancro
- Paralisi
- Eemicrania
- Morbo di Crohn
- Malattia del neurone motorio (ad es. SLA)
- Sclerosi multipla
- Insufficienza renale
- Parkinson
- Reumatismi
- Malattia della tiroide
- Ictus
- Tumori
- Trapianti di organi
- Ortopedia.

Le seguenti condizioni saranno escluse da questo servizio:

- Condizioni acute (di breve durata),
- Malattia cronica minore,
- Condizioni psichiatriche,
- Problemi dentali,
- Condizione relative a una persona ammissibile attualmente ricoverata in ospedale,
- Tutte le condizioni che non sono state prima riviste e segnalate da uno specialista del trattamento locale,
- Qualsiasi malattia preesistente (Malattia o dolore che sia stato diagnosticato, trattato o i cui sintomi e/o segnali, correlati e medicalmente documentati, si siano manifestati nei dieci anni precedenti alla Data di Efficacia della Polizza, o comunque dalla data di effetto delle coperture assicurative di cui alla presente Polizza per ogni Assicurato).
- Malattia o condizione fisica coperta dalla presente Polizza, qualsiasi essa sia, venga diagnosticata, trattata o mostri sintomi e/o segni ad essa connessi documentati dal punto di vista medico nel corso di un periodo di novanta (90) giorni, a decorrere dalla Data di Efficacia del Contratto di assicurazione o dall'inclusione di un nuovo Assicurato.

Il servizio Secondo parere medico esteso non copre il costo del trattamento, la diagnostica aggiuntiva o le consultazioni faccia a faccia.

Solo le condizioni o le procedure descritte nell'articolo 14 della presente Polizza, sono idonee per la copertura come descritto nell'articolo 15 della presente Polizza.

BDUE confermerà se la vostra malattia/situazione può essere considerata idonea per il Secondo parere medico dopo aver eseguito una prima valutazione del caso medico.

L'Assicurato può esercitare questo servizio dopo che l'Assicurazione è stata effettuata, a condizione che tutti i premi arretrati siano stati pagati fino al giorno dell'esercizio di questo servizio.



Best Doctors®

BEST DOCTORS UNDERWRITING EUROPE – MEDIAÇÃO DE SEGUROS, UNIPESOAL, LDA, è un'agenzia assicurativa autorizzata a stipulare contratti assicurativi per conto di AmTrust Insurance (UK) Ltd. e decidere in merito alle richieste relative alla polizza.

AmTrust Insurance (UK) Ltd. è la compagnia registrata in Inghilterra con il numero di registrazione 05328622, con sede a Market Square House, St James's Street, Nottingham NG1 6FG.

Le condizioni generali di assicurazione prevalgono su questa comunicazione pubblicitaria. BestDoctors e il logo della stella nella croce sono marchi registrati della compagnia BestDoctors Inc., registrati negli Stati Uniti e in altri paesi.

Best Doctors © Tutti i diritti riservati 2018.

Condizioni generali BD-SCA-IT_01_2018.
Validità dal 01 gennaio 2018.

SO 9001-2008

Sistema di gestione della qualità

Certificato per il servizio InterConsultation™.

Confermato dalle compagnie accreditate ENAC, UKAS in JAN-ANZ