

Salute Più Protetta

Contratto di assicurazione per la protezione da infortunio e malattia

Il presente documento deve essere consegnato alla parte contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione del contratto leggere le Condizioni di Assicurazione.

Organizzazione dei contenuti:

- Glossario
- Guida all'utilizzo della polizza
- Condizioni di Assicurazione

Set Informativo Mod. B81 – ed. 02/2026

Documento redatto in base alle linee guida approvate dal comitato esecutivo dell'Ania (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici) per i contratti chiari e comprensibili 2024.

AREA CLIENTI

La tua assicurazione a portata di mano

L'Area Clienti **BCC Assicurazioni** è il nostro modo di esserti sempre vicino. Uno spazio personale gratuito dove potrai trovare tutto ciò che riguarda le tue polizze e non solo: scadenze, documenti, sinistri aperti, pagamenti, richieste di modifiche ai dati personali, richieste di apertura dei sinistri e molto altro. **Iscriviti subito su bccassicurazioni.com e clicca su Area Clienti, bastano pochi click!**

DA ORA PUOI ANCHE



PAGARE I PREMI SUCCESSIVI AL PRIMO



RICHIEDERE MODIFICHE AI DATI PERSONALI



RICHIEDERE L'APERTURA DI UN SINISTRO



E MOLTO ALTRO

Iscritto in 4 semplici passaggi

Prima di iniziare

1 Controlla di avere il tuo numero di polizza (lo trovi nell'intestazione della #polizza)

2 Prepara il tuo codice fiscale

3 Assicurati di avere accesso alla tua casella email dove riceverai il link di attivazione.

Ricordati che il tuo indirizzo email diventerà la tua username per accedere all'Area Clienti.



VAI SU BCCASSICURAZIONI.COM

Clicca sul bottone "Area Clienti" in alto a destra.



COMPILA I CAMPI

Inserisci i dati richiesti, leggi e prendi visione dell'informativa privacy. Scegli inoltre se ricevere le comunicazioni sulla tua posizione assicurativa in formato digitale.



CONTROLLA LA TUA EMAIL

Riceverai un'email con all'interno un link. Clicca sul link per procedere con la registrazione.



COMPLETA LA TUA REGISTRAZIONE

Crea la tua password, rispettando i criteri di sicurezza.

Chi siamo

BCC Assicurazioni, fondata nel 1995, è la compagnia di assicurazioni danni nata all'interno del sistema del Credito Cooperativo che opera tramite la rete degli sportelli delle Banche di Credito Cooperativo e Casse Rurali, con la missione di proteggere ciò che conta davvero per le persone, le famiglie, le imprese e le comunità che ogni giorno si affidano alle Banche di Credito Cooperativo aderenti al Gruppo BCC Iccrea.

Nel 2024 il Gruppo Bcc Iccrea e Gruppo Assimoco hanno perfezionato una partnership strategica in ambito assicurativo rami danni in Italia, con l'acquisto da parte di Gruppo Assimoco del 51% di BCC Assicurazioni.

Maggiori informazioni su Gruppo Assimoco sul sito www.assimoco.it

BCC Assicurazioni offre soluzioni pensate per la vita reale, per le esigenze di chi costruisce futuro nei territori.

L'offerta assicurativa comprende soluzioni per la tutela della persona, della casa, della mobilità, della salute e del credito. L'approccio alla protezione si basa su criteri di solidità, trasparenza e attenzione al cliente.

Gli azionisti di BCC Assicurazioni sono Gruppo Assimoco, il punto di riferimento assicurativo del Movimento Cooperativo italiano, e Gruppo BCC Iccrea; insieme, rafforziamo la capacità di generare valore condiviso e protezione autentica, al servizio di un'economia che mette la persona al centro.

BCC Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale:

Centro Leoni, Edificio B

Via Giovanni Spadolini, 7

20141 Milano MI

www.bccassicurazioni.com

Telefono: 02/269621

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): bcc.assicurazioni@actaliscertymail.it

Indirizzo di posta elettronica per reclami: reclami@bccassicurazioni.bcc.it

Gentile Cliente,
vogliamo ringraziarla per la fiducia che ci ha accordato acquistando la polizza **Salute Più Protetta**.

La polizza **Salute Più Protetta** è sviluppata da **BCC Assicurazioni S.p.A.** per i Soci/Correntisti e Clienti delle Banche e di Agenzie di Riferimento Territoriale del circuito ICCREA.

Salute Più Protetta è la soluzione assicurativa per tutti coloro che abbiano necessità di tutelare sé stessi e i propri cari dalle conseguenze economiche che possono derivare da un infortunio, da una malattia o dal parto.

È dedicata a:

- Persone fisiche
- Persone giuridiche.

Comprende:

- 1) **Sezione Malattia, Infortunio e Parto**: all'interno di questa sezione sono presenti delle soluzioni modulabili a pacchetto, con garanzie sempre obbligatorie alle quali aggiungere quelle opzionali
- 2) **Sezione Assistenza**

Il nostro impegno per la sostenibilità

Crediamo che proteggere significhi anche prendersi cura della società. BCC Assicurazioni riconosce l'importanza di agire in coerenza con i principi delle politiche europee di sostenibilità. Nello sviluppo dei propri prodotti, BCC Assicurazioni promuove l'uguaglianza e l'inclusione facilitando la partecipazione attiva dei propri assicurati alla vita sociale.

Salute Più Protetta offre soluzioni concrete per supportare economicamente i clienti che, a seguito di un infortunio o di una malattia, abbiano necessità di un ricovero, di un intervento chirurgico o approfondimenti sanitari.

Se l'Assicurato subisce un infortunio dovuto a violenza nell'ambito domestico o di relazione sentimentale, BCC Assicurazioni rimborsa le spese sostenute per il supporto psicologico. Inoltre, prevede un indennizzo nel caso vengano riconosciuti all'Assicurato disturbi specifici dell'apprendimento (DSA).



COME SI LEGGONO LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Come avrà modo di notare, sono stati inseriti all'interno di questo documento degli elementi grafici per agevolare la lettura. Ogni sezione è infatti contraddistinta da un'icona così che possa facilmente individuare il testo di suo interesse.

Le clausole contrattuali che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia sono evidenziate su **sfondo azzurro** e sono da leggere con particolare attenzione.

Inoltre, abbiamo utilizzato dei **riquadri informativi**, contrattualmente non vincolanti, contenenti chiarimenti e/o esempi che hanno lo scopo di semplificare un concetto più tecnico.



IL GLOSSARIO

Nel testo di polizza le parole che prevedono una spiegazione specifica nel Glossario sono riportate all'inizio di ogni Articolo, in corsivo e precedute dal cancelletto (es: *#polizza*).






Con i migliori saluti,
BCC Assicurazioni

Set Informativo Mod. B81 – ed. 02/2026

INDICE**GLOSSARIO 3****PREMESSA 6****SEZIONE MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO 7****CHI È ASSICURATO 7**
Art. 1 – Chi può essere assicurato e come 7**COSA È ASSICURATO 7**
Art. 2 – Rimborso spese per ricovero con o senza intervento chirurgico per malattia, infortunio o parto 7
Art. 3 – Grandi interventi chirurgici 8
Art. 4 – Visite specialistiche 9
Art. 5 – Visite specialistiche “Light” 9
Art. 6 – Alta diagnostica 10
Art. 7 – Check-up 10
Art. 8 – Pacchetto violenza (sempre operante) 11
Art. 9 – Contagio HIV (sempre operante) 11**OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO 12**
Art. 10 – Diaria per ricovero, Day Hospital e convalescenza 12
Art. 11 – Dental 12**CHI E COSA NON È ASSICURATO 12**
Art. 12 – Persone non assicurabili 12
Art. 13 – Rischi esclusi 13**LIMITI DI COPERTURA 14**
Art. 14 – Periodi di carenza 14
Art. 15 – Riepilogo dei limiti delle garanzie 14**DOVE VALE LA COPERTURA 17**
Art. 16 – Validità territoriale 17**SEZIONE ASSISTENZA 18****COSA È ASSICURATO 18**
Art. 17 – Il fornitore delle prestazioni previste dalla garanzia Assistenza 18
Art. 18 – Cosa comprende l'assicurazione 18**COSA NON È ASSICURATO 21**
Art. 19 – Rischi esclusi 21**LIMITI DI COPERTURA 21**
Art. 20 – Delimitazione dell'assicurazione 21
Art. 21 – Riepilogo dei limiti delle garanzie 21**DOVE VALE LA COPERTURA 22**
Art. 22 – Validità territoriale 22**SEZIONE SINISTRI 23****OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO – SEZIONE MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO 23**
Art. 23 – Cosa deve fare il Contraente/Assicurato in caso di sinistro da malattia, infortunio o parto 23
Art. 24 – Calcolo e pagamento della diaria da ricovero, Day Hospital e convalescenza 24
Art. 25 – Offerta e pagamento dell'indennizzo 25

ALLEGATO 2: ADEGUAMENTO PREMIO PER ETÀ ASSICURATO

34

	OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO - SEZIONE ASSISTENZA	25
	Art. 26 – Cosa deve fare il Contraente/Assicurato in caso di sinistro Assistenza	25
	Art. 27 – Obbligo di fornire la documentazione richiesta	26
	PARTE COMUNE A TUTTE LE GARANZIE	27
	OBBLIGHI VIGENTI PRIMA E DOPO LA FIRMA DEL CONTRATTO	27
	Art. 28 – Obbligo di dichiarazioni veritiere	27
	Art. 29 – Altre assicurazioni	27
	Art. 30 – Forma delle comunicazioni	27
	Art. 31 – Prescrizione	27
	Art. 32 – Modalità di sottoscrizione	28
	Art. 33 – Oneri fiscali dell'assicurazione	28
	Art. 34 – Sostituzione polizza	28
	Art. 35 – Controversie - arbitrato irrituale	28
	Art. 36 – Modifiche dell'Assicurazione	29
	Art. 37 – Foro competente	29
	Art. 38 – Rinvio alle norme di legge	29
	Art. 39 – Sanzioni internazionali: assicurazione non operativa	29
	QUANDO E COME PAGARE IL PREMIO	29
	Art. 40 – Pagamento del premio	29
	QUANDO COMINCIA E QUANDO FINISCE L'ASSICURAZIONE	30
	Art. 41 – Durata dell'assicurazione	30
	COME DISDIRE L'ASSICURAZIONE	30
	Art. 42 – Disdetta dell'assicurazione	30
	Art. 43 – Recesso in caso di sinistro	30
	Art. 44 – Modifica unilaterale delle condizioni contrattuali	31
	ALLEGATO 1: GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	32
	ALLEGATO 2: ADEGUAMENTO PREMIO PER ETÀ ASSICURATO	34
	NORME GENERALI SUI CONTRATTI ASSICURATIVI	36

GLOSSARIO

Il Glossario è parte integrante delle condizioni di assicurazione. Alle parole qui elencate è attribuito il significato di seguito descritto.

ANNUALITÀ	Il periodo di durata uguale a 365 giorni (366 per gli anni bisestili) che inizia alle 24 del giorno di effetto della polizza e termina alle 24 del giorno di scadenza della stessa. Alla scadenza di questo periodo, l'assicurazione prosegue per periodi di ulteriori 365 giorni (366 per gli anni bisestili).
ASSICURATO	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
ASSICURAZIONE	Il contratto di assicurazione.
ASSISTENZA INFERMIERISTICA	L'assistenza infermieristica prestata da personale sanitario fornito di specializzazione professionale in base alla normativa vigente.
BCC ASSICURAZIONI	BCC Assicurazioni S.p.A.: Centro Leoni – Edificio B – Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 MILANO (MI)
BLUE ASSISTANCE	Compagnia di Assicurazione che provvede per conto di BCC Assicurazioni, alla gestione dei sinistri e alla gestione dell'erogazione delle prestazioni di Assistenza previste in polizza.
CARENZA	Periodo successivo alla data di effetto della polizza nel quale l'assicurazione non vale.
CARTELLA CLINICA	Il documento ufficiale che ha la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, che contiene le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, interventi chirurgici eseguiti, terapie effettuate, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).
CENTRALE OPERATIVA	Struttura di Blue Assistance che organizza ed eroga i servizi e le prestazioni di Assistenza previsti in polizza.
COMBINED RATIO	Le spese per i sinistri, di acquisizione e di amministrazione.
CONTRAENTE	Chi stipula la polizza. Il Contraente e l'Assicurato possono coincidere.
CONVALESCENZA	Il periodo successivo a un ricovero necessario per il recupero dello stato di salute compromesso da un infortunio o da una malattia indennizzabili.
DAY HOSPITAL	Permanenza diurna e non interrotta in Istituto di Cura per prestazioni medico/sanitarie di tipo diagnostico e/o terapeutico, che non richiedono un ricovero ordinario ma assistenza medico/infermieristica continuativa. La permanenza deve essere provata da documentazione sanitaria da cui risultino i giorni di effettiva presenza dell'Assicurato nell'Istituto di Cura in regime di Day Hospital.
DAY SURGERY	La degenza in istituto di cura senza pernottamento che comporta un intervento chirurgico.
DATA DI DECORRENZA	Data in cui inizia la copertura, sempre che il premio sia stato pagato.
DIFETTO FISICO	Alterazione organica, non evolutiva, congenita o acquisita per malattia o infortunio durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o sia diagnosticabile dal punto di vista clinico prima della sottoscrizione della polizza.
DOCUMENTAZIONE SANITARIA	Copia completa della cartella clinica e/o tutta la certificazione medica (diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, radiografie, esami strumentali e diagnostici).

DSA	I Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) del neuro-sviluppo che riguardano la capacità di leggere, scrivere e calcolare in modo corretto e fluente e che si manifestano con l'inizio della scolarizzazione. Si tratta di: dislessia, disprassia, disgrafia, discalculia e disortografia.
FRANCHIGIA	La parte di danno espressa in percentuale, importo o giorni che rimane a carico dell'Assicurato.
INDENNIZZO/RIMBORSO	L'importo che BCC Assicurazioni paga in caso di sinistro.
INFORTUNIO	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
INTERMEDIARIO	Le persone fisiche o le società che hanno in carico il contratto di assicurazione, iscritte nel registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del Codice delle assicurazioni private, che svolgono a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa.
INTERVENTO CHIRURGICO	L'atto medico, avente una diretta finalità terapeutica, praticato da laureato in medicina e chirurgia, abilitato presso un istituto di cura o un ambulatorio, effettuato tramite una cruentazione dei tessuti o mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa (laser).
ISTITUTO DI CURA	Istituto universitario, struttura sanitaria, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery, poliambulatorio medico, centro diagnostico, centro di fisiokinesiterapia e riabilitazione, regolarmente autorizzati. Non sono considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.
LIQUIDAZIONE	Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento Assicurato.
MALATTIA	Ogni alterazione dello stato di salute, diagnosticabile dal punto di vista clinico, che non dipende da infortunio.
MALFORMAZIONE FISICA	Vedi voce di glossario "difetto fisico".
MASSIMALE	Il massimo esborso di BCC Assicurazioni per sinistro e per persona.
OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE	L'erogazione di prestazioni mediche, infermieristiche e/o riabilitative limitate al periodo della malattia o dell'infortunio in corso, con l'obiettivo di valutare i bisogni del paziente e individuare la corretta terapia. È rivolta a tutte quelle persone che non sono in grado di raggiungere il luogo in cui usufruire dei servizi necessari per la loro salute, perché non deambulanti o con gravi limitazioni funzionali che non ne permettono il trasporto con i mezzi comuni.
POLIZZA	Il documento che prova l'assicurazione.
PREMIO	La somma che il Contraente deve a BCC Assicurazioni in base alla polizza.
QUESTIONARIO SANITARIO	Documento che è parte integrante della polizza e descrive lo stato di salute dell'Assicurato sulla base delle sue dichiarazioni. Deve essere sottoscritto dall'Assicurato, se minorenne, da chi ne esercita la responsabilità genitoriale.
RICOVERO	La degenza/permanenza ininterrotta, comportante pernottamento, in un istituto di cura, con o senza intervento chirurgico.
SCOPERTO	La parte del danno, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

SINISTRO	Il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
SOMMA ASSICURATA	L'esborso massimo di BCC Assicurazioni per ogni evento dannoso coperto dall'assicurazione.
SPORT ESTREMI	Le attività competitive che prevedono sfide fisiche e mentali 'inusuali', come l'adattamento alla velocità, all'altezza, alla profondità o alle forze naturali e dove sono richieste rapide e precise elaborazioni percettivo-cognitive, come ad esempio: sci acrobatico parapendio, downhill, free climbing, base jumping, bungee jumping, speed down, skydiving, freestyle ski, helisnow, kitewings, torrentismo, canyoning, sci estremo, airboarding.
SPORT PERICOLOSI	Pugilato; atletica pesante, equitazione, lotta nelle sue varie forme, alpinismo o scalata di rocce o ghiacciai oltre al terzo grado U.I.A.A. (escluso il free climbing), speleologia, salto del trampolino con sci e idrosci, bob, football americano, rugby, immersioni con autorespiratore, canoa, kayak, rafting, hockey su ghiaccio, arti marziali in genere, sci alpinismo fuoripista, motocross, quadcross.
STRUTTURA CONVENZIONATA	Istituto di cura, istituto universitario, struttura sanitaria, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery, poliambulatorio medico, centro diagnostico, centro di fisiokinesiterapia e riabilitazione, regolarmente autorizzati che hanno sottoscritto un convenzionato con Blue Assistance.
STRUTTURA ORGANIZZATIVA	È la struttura del fornitore, costituita da: medici, tecnici, operatori, che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con BCC Assicurazioni provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico di BCC Assicurazioni stessa, le prestazioni di assistenza previste in polizza.
SUPPORTO PSICOLOGICO	Le prestazioni di psicoterapia effettuate da psicologo iscritto all'albo o da medico abilitato alla psicoterapia.
TRATTAMENTO FISIOTERAPICO	Le prestazioni di medicina fisica e/o riabilitativa, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni negli individui a seguito di ricovero reso necessario da malattia o infortunio.
VISITA SPECIALISTICA	Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione relativo alla patologia motivo della visita.

PREMESSA

Salute Più Protetta è un contratto di assicurazione salute rivolto sia alle persone fisiche sia a quelle giuridiche che sono Soci/Correntisti o Clienti delle Banche e di Agenzie di Riferimento Territoriale del circuito ICCREA.

La copertura assicurativa è prestata in base alle dichiarazioni rese nel Questionario Sanitario, che è parte integrante della polizza. L'Assicurato deve rispondere alle domande previste dal questionario sanitario, in modo preciso e veritiero, senza omettere circostanze o informazioni che riguardano il proprio stato di salute.

Salute Più Protetta è una soluzione assicurativa multirischio che prevede una scelta di coperture e pacchetti personalizzabili secondo le formule di seguito riportate:

	SOLUZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	SOLUZIONE RICOVERO LIGHT	SOLUZIONE RICOVERO FULL
Grandi interventi chirurgici	✓	✗	✗
Assistenza	✓	✓	✓
Rimborso spese per ricovero con o senza intervento chirurgico	✗	✓	✓
Visite specialistiche "Light"	✗	✓	✗
Visite specialistiche	✗	✗	✓
Alta diagnostica	✗	✗	✓
Check-up	✗	✗	✓
Diaria da ricovero e convalescenza (opzionale)	✓	✓	✓
Dental (opzionale)	✗	✗	✓

SEZIONE MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO



CHI È ASSICURATO

ART. 1 – CHI PUÒ ESSERE ASSICURATO E COME

Le parole del Glossario: #assicurazione #data di decorrenza

Chi può essere Assicurato

L'assicurazione vale per le persone che alla data di decorrenza della polizza:

- hanno meno di 80 anni
- hanno la residenza e domicilio in Italia

Come può essere Assicurato

L'assicurazione è prestata selezionando solo una delle seguenti soluzioni, come indicato nella premessa:

- soluzione GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI
- soluzione RICOVERO LIGHT
- soluzione RICOVERO FULL



COSA È ASSICURATO

ART. 2 – RIMBORSO SPESE PER RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO PER MALATTIA, INFORTUNIO O PARTO

Le parole del Glossario: #Assicurato #assistenza infermieristica #BCC Assicurazioni #cartella clinica #day hospital #day surgery #DSA #franchigia #idennizzo #infortunio #malattia #massimale #ricovero #scoperto #supporto psicologico #trattamento fisioterapico #visita specialistica

Cosa è Assicurato

BCC Assicurazioni rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato, prima, durante e dopo il ricovero reso necessario da malattia o infortunio.

A. PRIMA DEL RICOVERO

Sono coperte le spese effettuate nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero solo se relative alla malattia o infortunio che hanno reso necessario il ricovero stesso per

1. accertamenti diagnostici
2. visite specialistiche
3. esami di laboratorio
4. trasporto dell'Assicurato con velivolo sanitario o con autoveicolo sanitario alla struttura sanitaria.

B. DURANTE IL RICOVERO

1. Intervento chirurgico, compresi equippe medica e specialista, cure, trattamenti fisioterapici, trattamenti medici specialistici, medicinali, accertamenti diagnostici
2. apparecchi terapeutici e protesi applicati durante l'intervento
3. assistenza medica e infermieristica
4. rette di degenza
5. trapianto o espianto di organi
6. diaria per terapie per malattie oncologiche e per dialisi in day hospital/day surgery
7. cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio
8. vitto e pernottamento dell'accompagnatore nella struttura sanitaria
9. trasporto dell'Assicurato con velivolo sanitario o con autoveicolo sanitario da una struttura sanitaria a un'altra e per il ritorno a casa
10. rimborso spese per la cartella clinica

C. DOPO IL RICOVERO

Sono coperte le spese effettuate nei 120 giorni successivi alla fine del ricovero per:

1. accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici)
2. visite specialistiche

3. trattamenti fisioterapici prescritti
4. trattamenti medici e medicinali prescritti
5. assistenza infermieristica domiciliare
6. trasporto dell'Assicurato con velivolo sanitario o con autoveicolo sanitario da una struttura sanitaria a un'altra e per il ritorno a casa
7. ospedalizzazione domiciliare e attrezzature mediche
8. supporto psicologico nei 30 giorni successivi al ricovero.

D. PARTO

Sono coperte le spese per:

1. parto naturale
2. parto cesareo
3. aborto terapeutico

E. INDENNITÀ SOSTITUTIVA

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico superiore a 3 giorni totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale e per il quale l'Assicurato non richiede il pagamento di alcuna spesa sostenuta (lettera A, B e C del presente articolo), BCC Assicurazioni paga un'indennità giornaliera.

F. CURE AL NEONATO

BCC Assicurazioni rimborsa le spese sostenute nel primo anno successivo alla data di nascita per gli interventi finalizzati alla correzione dei difetti fisici del neonato.

Sono compresi anche gli interventi chirurgici sul feto.

G. PACCHETTO MATERNITÀ

BCC Assicurazioni rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato in gravidanza e fino al termine della stessa, durante il periodo di assicurazione per:

1. esami di laboratorio
2. accertamenti diagnostici
3. visite di controllo e specialistiche.

H. INDENNIZZO DSA

In caso di prima diagnosi per "Disturbi Specifici dell'Apprendimento", BCC Assicurazioni riconosce un indennizzo forfettario all'Assicurato.

L'indennizzo può essere erogato solo una volta durante il periodo di validità dell'assicurazione e dei successivi rinnovi.

Se l'Assicurato usa il Servizio Sanitario Nazionale, BCC Assicurazioni rimborsa i costi sostenuti senza applicare gli scoperti e le franchigie di polizza, entro i limiti dei massimali previsti.

[Limiti di indennizzo, franchigie e scoperti --> Schema Riepilogativo](#)

ART. 3 – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Le parole del Glossario: #Assicurato #assistenza infermieristica #BCC Assicurazioni #franchigia #indennizzo #infortunio #intervento chirurgico #malattia #massimale #franchigia #infortunio #ricovero #scoperto #trattamento fisioterapico #visita specialistica

Cosa è Assicurato

BCC Assicurazioni rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato, prima, durante e dopo il ricovero, in seguito a uno degli interventi chirurgici presenti nell'allegato 1, resi necessari da malattia o infortunio.

A. PRIMA DEL RICOVERO

Sono coperte le spese effettuate nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero solo se relative alla malattia o infortunio che hanno reso necessario il ricovero stesso per:

1. accertamenti diagnostici
2. visite specialistiche
3. esami di laboratorio
4. trasporto dell'Assicurato con velivolo sanitario o con autoveicolo sanitario alla struttura sanitaria

B. DURANTE IL RICOVERO

Sono coperte le spese effettuate per:

1. intervento chirurgico, compresi equipaggiamento medico e specialista, cure, trattamenti fisioterapici, trattamenti medici specialistici, medicinali, accertamenti diagnostici
2. apparecchi terapeutici e protesi applicati durante l'intervento
3. assistenza medica e infermieristica
4. rette di degenza
5. cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio
6. vitto e pernottamento dell'accompagnatore nella struttura sanitaria
7. trasporto dell'Assicurato con velivolo sanitario o con autoveicolo sanitario da una struttura sanitaria a un'altra e per il ritorno a casa

C. DOPO IL RICOVERO

Sono coperte le spese effettuate nei 120 giorni successivi alla fine del ricovero per:

1. accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici)
2. visite specialistiche
3. trattamenti fisioterapici prescritti
4. trattamenti medici e medicinali prescritti
5. assistenza infermieristica domiciliare
6. trasporto dell'Assicurato con velivolo sanitario o con autoveicolo sanitario da una struttura sanitaria a un'altra e per il ritorno a casa
7. ospedalizzazione domiciliare e attrezzature mediche

Se l'Assicurato usa il Servizio Sanitario Nazionale, BCC Assicurazioni rimborsa i costi sostenuti senza applicare scoperti e franchigie di polizza, nei limiti dei massimali previsti.

Limite di indennizzo, franchigie e scoperti => Schema riepilogativo.

ART. 4 – VISITE SPECIALISTICHE

Le parole del Glossario: #Assicurato #BCC Assicurazioni #franchigia #indennizzo #infortunio #malattia #ricovero #scoperto #visita specialistica

Cosa è Assicurato

BCC Assicurazioni rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato non legate a un ricovero, per onorari, visite specialistiche, consulti medici ed esami di imaging (ad eccezione delle prestazioni diagnostiche comprese -> Art. 6 Alta diagnostica) resi necessari da malattia o infortunio.

Se l'Assicurato usa il Servizio Sanitario Nazionale, BCC Assicurazioni rimborsa l'importo del ticket senza applicare scoperti e franchigie di polizza, nei limiti dei massimali previsti.

Limite di indennizzo, franchigie e scoperti => Schema riepilogativo.

ART. 5 – VISITE SPECIALISTICHE "LIGHT"

Le parole del Glossario: #Assicurato #BCC Assicurazioni #Blue Assistance #franchigia #indennizzo #infortunio #malattia #ricovero #scoperto #struttura convenzionata #visita specialistica

Cosa è Assicurato

BCC Assicurazioni rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato non legate a un ricovero, per onorari, visite specialistiche, consulti medici ed esami di imaging (ad eccezione delle prestazioni diagnostiche comprese ->Art. 6 Alta diagnostica) resi necessari da malattia o infortunio.

La garanzia è valida solo per spese sostenute presso le strutture convenzionate di Blue Assistance.

Limite di indennizzo, franchigie e scoperti => Schema riepilogativo.

ART. 6 – ALTA DIAGNOSTICA

Le parole del Glossario: #Assicurato #BCC Assicurazioni #franchigia #indennizzo #infortunio #malattia #ricovero #scoperto

Cosa è Assicurato

BCC Assicurazioni rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato, non legate a un ricovero e rese necessarie da malattia o infortunio, per le seguenti prestazioni:

- angiografia
- cistografia
- colecistografia
- colonscopia
- coronarografia e cateterismo cardiaco
- densitometria ossea
- ecocardiografia
- elettromiografia
- endoscopia diagnostica
- biopsia con esami istopatologici
- fluorangiografia oculare
- gastroscopia
- holter
- isterosalpingografia
- PET
- risonanza magnetica
- scintigrafia
- SPET
- TAC

Se l'Assicurato usa il Servizio Sanitario Nazionale, BCC Assicurazioni rimborsa i costi sostenuti senza applicare scoperti e franchigie di polizza, nei limiti dei massimali previsti.

Limite di indennizzo, franchigie e scoperti => Schema riepilogativo.

ART. 7 – CHECK-UP

Le parole del Glossario: #Assicurato #annualità #BCC Assicurazioni #Blue Assistance #centrale operativa #franchigia #indennizzo #scoperto #struttura convenzionata

Cosa è Assicurato

Ogni Assicurato può effettuare un check-up di medicina preventiva, a scelta tra uno dei seguenti pacchetti prevenzione:

Check-up UNISEX	Check-up DONNA	Check-up UOMO
Prevenzione otorinolaringoiatrica: <ul style="list-style-type: none"> • visita otorinolaringoiatrica • esame audiometrico 	Prevenzione senologica: <ul style="list-style-type: none"> • ecografia mammaria con valutazione senologica 	Prevenzione urologica: <ul style="list-style-type: none"> • visita specialistica urologica • ecografia prostatica
<ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione 	Prevenzione mammaria:	

vascolare: <ul style="list-style-type: none"> visita angiologica doppler venoso arti superiori e inferiori 	<ul style="list-style-type: none"> mammografia bilaterale con valutazione senologica 	
Prevenzione patologie vie respiratorie: <ul style="list-style-type: none"> visita pneumologica saturimetria 	Prevenzione ginecologica: <ul style="list-style-type: none"> visita ginecologica pap test 	
Prevenzione dermatologica: <ul style="list-style-type: none"> visita dermatologica mappatura nevi 	Prevenzione osteoporosi: <ul style="list-style-type: none"> visita fisiatrica mineralometria computerizzata (MOC) 	
Prevenzione cardiologica: <ul style="list-style-type: none"> visita cardiologica elettrocardiogramma a riposo (ECG) 		

Il check-up può essere utilizzato solo con le seguenti modalità:

- a partire dal primo rinnovo annuale dalla data di decorrenza della polizza
- ogni 2 annualità assicurative, dopo il primo utilizzo
- solo presso le strutture convenzionate con Blue Assistance e solo dopo preventiva autorizzazione della centrale operativa. Se non è presente una struttura convenzionata nel raggio di 25 km dalla residenza dell'Assicurato, le prestazioni possono essere effettuate presso qualsiasi struttura a scelta dell'Assicurato. In questo caso l'Assicurato può chiedere il rimborso della spesa sostenuta fino a un massimo di 120 euro.

Esempio

Al primo rinnovo annuale, l'Assicurato sceglie la "Prevenzione vascolare".

Trascorsi 2 anni dall'esame di cui sopra, l'Assicurato sceglie la "Prevenzione mammaria"

Limite di indennizzo, franchigie e scoperti => Schema riepilogativo.

ART. 8 – PACCHETTO VIOLENZA (SEMPRE OPERANTE)

Le parole del Glossario: #Assicurato #BCC Assicurazioni #franchigia #infortunio #scoperto #supporto psicologico

Cosa è Assicurato

Se l'Assicurato subisce un infortunio dovuto a violenza nell'ambito domestico o di relazione sentimentale, BCC Assicurazioni rimborsa le spese sostenute per il supporto psicologico.

La violenza deve essere certificata da verbale di Pronto Soccorso o da denuncia alle Autorità.

Limite di indennizzo, franchigie e scoperti => Schema riepilogativo.

ART. 9 – CONTAGIO HIV (SEMPRE OPERANTE)

Le parole del Glossario: #Assicurato #BCC Assicurazioni #franchigia #indennizzo #infortunio #intervento chirurgico #scoperto

Cosa è Assicurato

Se, in seguito ad un intervento chirurgico, l'Assicurato contrae il virus dell'HIV, BCC Assicurazioni annulla subito il contratto e indennizza la somma assicurata.

Limite di indennizzo, franchigie e scoperti => Schema riepilogativo.

OPZIONI CON
PAGAMENTO DI UN
PREMIO AGGIUNTIVO**ART. 10 – DIARIA PER RICOVERO, DAY HOSPITAL E CONVALESCENZA**

Le parole del Glossario: #Assicurato #BCC Assicurazioni #convalescenza #day hospital #franchigia #indennizzo #infortunio #malattia #polizza #ricovero #scoperto #sinistro

Cosa è Assicurato**A. RICOVERO O DAY HOSPITAL/DAY SURGERY**

BCC Assicurazioni paga all'Assicurato una diaria per ogni giorno di ricovero superiore a 3 giorni o di day hospital e day surgery, dovuto a malattia o infortunio.

Il giorno di ingresso e di dimissione contano come un solo giorno.

La diaria è riconosciuta:

- al termine della degenza
- su presentazione della documentazione sanitaria che prova causa e durata del ricovero o del day hospital

B. CONVALESCENZA

BCC Assicurazioni paga per la convalescenza domiciliare una diaria pari a quella per ricovero, a seguito di prescrizione.

La diaria è riconosciuta:

- se il ricovero è di almeno 3 giorni o per day hospital
- per un numero di giorni uguale a quello del ricovero o del day hospital
- fino a 60 giorni per infortunio

Per day hospital o day surgery, BCC Assicurazioni paga al massimo 5 giorni di convalescenza.

Limite di indennizzo, franchigie e scoperti => Schema riepilogativo.

ART. 11 – DENTAL

Le parole del Glossario: #Assicurato #BCC Assicurazioni #Blue Assistance #franchigia #indennizzo #infortunio #struttura convenzionata

BCC Assicurazioni paga direttamente le seguenti prestazioni odontoiatriche sostenute dall'Assicurato, solo se effettuate presso le strutture convenzionate con Blue Assistance:

A. PREVENZIONE (erogabili 1 volta per anno assicurativo)

1. visita orale o visita specialistica
2. seduta di profilassi/ablazione semplice del tartaro

B. CURA

1. radiografia RX endodorale (per 2 elementi)
2. terapia endodermica dei canali radicolari (inclusa radiografia)
3. amputazione coronale della polpa e otturazione del cavo pulpare
4. rimozione chirurgica di dente rotto
5. estrazione semplice di dente o radice in inclusione ossea parziale o totale

Limite di indennizzo, franchigie e scoperti => Schema riepilogativo.

CHI E COSA NON È
ASSICURATO**ART. 12 – PERSONE NON ASSICURABILI**

Le parole del Glossario: #annualità #Assicurato #assicurazione #BCC Assicurazioni #Contraente #data di decorrenza #malattia #polizza #premio #sinistro

BCC Assicurazioni non assicura le persone:

- a) che alla data di decorrenza della polizza hanno un'età superiore a 79 anni.
Se durante l'annualità in corso l'Assicurato raggiunge gli 80 anni, l'assicurazione resta attiva fino alla prima scadenza annuale dopodiché la copertura cessa. Se il Contraente ha pagato il premio anche oltre il limite di età assicurabile, Bcc Assicurazioni provvede subito alla sua restituzione e l'operatività della garanzia cessata non è più garantita.

- b) affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività diagnosticata da test HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).
Se una o più di queste malattie o affezioni insorgono nel periodo di validità dell'assicurazione, si applica l'Art. 1898 del Codice civile.

ART. 13 – RISCHI ESCLUSI

Le parole del Glossario: #Assicurato #assicurazione #BCC Assicurazioni #data di decorrenza #day hospital #infortunio #malattia #sport estremi #sport pericolosi

L'assicurazione non è valida per:

- a) malattie, infortuni e stati patologici conosciuti, curati e/o diagnosticati all'Assicurato prima della decorrenza dell'assicurazione
- b) conseguenze, recidive e derivanti da malattie, infortuni e stati patologici conosciuti, curati e/o diagnosticati all'Assicurato prima della decorrenza dell'assicurazione
- c) day hospital che riguardano terapie e interventi non invasivi come infiltrazioni e simili
- d) trasporto dell'Assicurato verso la propria abitazione in caso di sinistro all'estero che comporta lo spostamento del volo di ritorno
- e) trasporto dell'Assicurato all'estero per ricovero
- f) malattie tropicali
- g) cure, prestazioni sanitarie e interventi per l'eliminazione o correzione di malformazioni, difetti fisici preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione, salvo quanto previsto per le cure al neonato all'Art.2 lettera F
- h) malattie e stati patologici conosciuti e non dichiarati dall'Assicurato sul questionario sanitario con dolo o colpa grave
- i) le prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia (compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze), stati d'ansia e disturbi mentali (compresi quelli comportamentali), disturbi d'identità sessuale
- j) malattie, infortuni, cure e trattamenti terapeutici conseguenti ad abuso di alcolici, a uso di allucinogeni, nonché a uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti
- k) infortuni accaduti alla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato
- l) delitti e atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, atti di autolesionismo, suicidio, tentato suicidio
- m) ricoveri per effettuare accertamenti e terapie che possono essere effettuati anche ambulatorialmente
- n) conseguenze dirette o indirette di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, trombe d'aria e uragani
- o) conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche e di fenomeni di trasmutazione dell'atomo, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva o da contaminazione chimico-biologica o batteriologica, inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da qualsiasi danno ambientale
- p) conseguenze dirette o indirette della partecipazione attiva a guerra (dichiarata e non), insurrezioni e contaminazioni chimiche e biologiche derivanti, direttamente o indirettamente da atti terroristici, occupazioni militari, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo
- q) correzione di vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia)
- r) prestazioni sanitarie, applicazioni, cure e interventi di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva necessari a seguito di interventi demolitivi indennizzabili in base alla polizza per neoplasia maligna o a seguito di infortunio documentato da verbale del pronto soccorso), salvo quanto previsto dall'Art. 2 lettera F
- s) prestazioni sanitarie e cure fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali; trattamenti di agopuntura (salvo quelli effettuati da medici agopuntori a scopo terapeutico)
- t) prestazioni finalizzate alla prevenzione, vaccini, check-up ed esami di routine
- u) interventi di chirurgia bariatrica e prestazioni finalizzate alla cura dell'obesità, compresi i ricoveri per trattamenti dimagranti
- v) cure sperimentali in Italia e all'estero

- w) prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale, così come quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale
- x) cure dentarie come: paraodontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche e visite dentistiche (eccezione ->Art. 11 "Dental")
- y) aborto volontario non terapeutico, trattamenti per infertilità e/o finalizzati alla fecondazione artificiale, al trattamento della fertilità e dell'impotenza
- z) ricoveri di carattere assistenziale in seguito a non-autosufficienza dell'Assicurato dovuta a malattia o infortunio che richiedano lungo degenza
- aa) ricoveri finalizzati a interventi chirurgici per la sostituzione di qualunque tipo di protesi (a meno che la prima installazione della protesi è avvenuta quando l'assicurazione era già stata stipulata con BCC Assicurazioni)
- bb) diagnosi e cura della sterilità e dell'impotenza
- cc) diagnosi e procedure per la fecondazione assistita
- dd) infortuni accaduti alla guida di veicoli o natanti a motore in stato di ubriachezza
- ee) pratica di sport esercitati al livello professionistico o che comunque comporta una remunerazione diretta o indiretta
- ff) pratica di sport pericolosi o sport estremi
- gg) infortuni accaduti durante l'uso anche come passeggero di aeromobili di società o aziende di lavoro aereo per voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri, di aeromobili di aeroclub e di apparecchi per il volo da diporto o sportivo come ad esempio: deltaplani, ultraleggeri, parapendio, compresa la pratica del paracadutismo.


**LIMITI DI
COPERTURA**
ART. 14 – PERIODI DI CARENZA

Le parole del Glossario: #Assicurato #assicurazione #BCC Assicurazioni #data di decorrenza #malattia #polizza #ricovero #somma assicurata

Se si verificano ricovero, intervento chirurgico o altre prestazioni sanitarie previste in polizza, l'assicurazione decorre dalle 24:

- a) del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le patologie non note all'Assicurato al momento della decorrenza della polizza
- b) dal 60° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le garanzie dell'art.4 - Visite specialistiche e dell'art. 5 - Visite specialistiche Light
- c) del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di malattie e stati patologici dichiarati sul questionario sanitario, se non previsto in modo diverso con specifica appendice
- d) del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e le malattie che dipendono da gravidanza e puerperio.

Se la polizza sostituisce un'altra polizza salute già attiva con BCC Assicurazioni per lo stesso Assicurato e senza interruzioni (neppure per un giorno) i periodi di carenza si applicano solo alle maggiori somme assicurate e per le diverse garanzie prestate dalla nuova polizza.

ART. 15 – RIEPILOGO DEI LIMITI DELLE GARANZIE

Le prestazioni sono garantite entro i limiti indicati nella tabella che segue:

Articolo/ Comma	Garanzia	Limite di indennizzo	Franchigia/ Scoperto Strutture convenzionate	Franchigia/ Scoperto Strutture NON convenzionate
2	rimborso spese per ricovero con o senza intervento chirurgico per malattia, infortunio o parto	massimale di polizza per sinistro e per anno	= = =	scoperto 20%
A. PRIMA DEL RICOVERO				
2 lettera A punto 1	accertamenti diagnostici	massimale di polizza per sinistro e per anno	= = =	scoperto 20%
2 lettera A punto 2	visite specialistiche		= = =	scoperto 20%
2 lettera A punto 3	esami di laboratorio		= = =	scoperto 20%

2 lettera A punto 4	trasporto dell'Assicurato con velivolo sanitario o con autoveicolo sanitario alla struttura sanitaria	2.500 € per sinistro	===	===
B. DURANTE IL RICOVERO				
2 lettera B punto 1	intervento chirurgico	massimale di polizza per sinistro e per anno	===	scoperto 20%
2 lettera B punto 2	apparecchi terapeutici e protesi		===	scoperto 20%
2 lettera B punto 3	assistenza medica e infermieristica		===	===
2 lettera B punto 4	rette di degenza	350 € al giorno	===	===
2 lettera B punto 5	trapianto o espianto di organi	massimale di polizza per sinistro e per anno	===	scoperto 20%
2 lettera B punto 6	diaria per terapie per malattia oncologiche e per dialisi in day hospital/day surgery	20 € al giorno	===	===
2 lettera B punto 7	cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio	15.000 € per sinistro e per anno	===	scoperto 20%
2 lettera B punto 8	vitto e pernottamento dell'accompagnatore nella struttura sanitaria	100 € al giorno massimo 60 giorni	===	===
2 lettera B punto 9	trasporto dell'Assicurato con velivolo sanitario o con autoveicolo sanitario alla struttura sanitaria	1.000 € per sinistro	===	===
2 lettera B punto 10	rimborso spese per la cartella clinica	100 € per sinistro	===	===
C. DOPO IL RICOVERO				
2 lettera C punto 1	accertamenti diagnostici	massimale di polizza per sinistro e per anno	===	scoperto 20%
2 lettera C punto 2	visite specialistiche		===	scoperto 20%
2 lettera C punto 3	trattamenti fisioterapici prescritti		===	scoperto 20%
2 lettera C punto 4	trattamenti medici e medicinali prescritti		===	scoperto 20%
2 lettera C punto 5	assistenza infermieristica domiciliare	25 € al giorno massimo 30 giorni	===	===
2 lettera C punto 6	trasporto dell'Assicurato con velivolo sanitario o con autoveicolo sanitario da una struttura sanitaria a un'altra e per il ritorno a casa	2.500 € per sinistro	===	===
2 lettera C punto 7	ospedalizzazione domiciliare e spese per attrezzature mediche	500 € per sinistro	===	===
2 lettera C punto 8	supporto psicologico	500 € per sinistro	===	===
D. PARTO				
2 lettera D punto 1	parto naturale	3.000 €	===	scoperto 20%
2 lettera D punto 2	parto cesareo	6.000 €	===	scoperto 20%
2 lettera D punto 3	aborto terapeutico	3.000 €	===	scoperto 20%
E. INDENNITA' SOSTITUTIVA				
2 lettera E	indennità sostitutiva	150 € al giorno	===	===
F. CURE AL NEONATO				
2 lettera F	cure al neonato	massimale di polizza per sinistro e per anno	===	scoperto 20%
G. PACCHETTO MATERNITA'				
2 lettera G punto 1	esami di laboratorio	3.000 € per evento	===	scoperto 20%
2 lettera G punto 2	accertamenti diagnostici		===	scoperto 20%
2 lettera G punto 3	visite di controllo e specialistiche		===	scoperto 20%

H. INDENNIZZO DSA				
2 lettera H	DSA	250 € per evento	indennizzo forfettario	
GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI				
3	Grandi interventi chirurgici	massimale di polizza per sinistro e per anno	===	scoperto 20%
A. PRIMA DEL RICOVERO				
3 lettera A punto 1	accertamenti diagnostici	massimale di polizza per sinistro e per anno	===	scoperto 20%
3 lettera A punto 2	visite specialistiche		===	scoperto 20%
3 lettera A punto 3	esami di laboratorio		===	scoperto 20%
3 lettera A punto 4	trasporto dell'Assicurato con velivolo sanitario o con autoveicolo sanitario alla struttura sanitaria	2.500 € per sinistro	===	===
B. DURANTE IL RICOVERO				
3 lettera B punto 1	intervento chirurgico	massimale di polizza per sinistro e per anno	===	scoperto 20%
3 lettera B punto 2	apparecchi terapeutici e protesi		===	scoperto 20%
3 lettera B punto 3	assistenza medica e infermieristica durante il ricovero		===	===
3 lettera B punto 4	rette di degenza	350 € al giorno	===	===
3 lettera B punto 5	cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio	15.000 € per sinistro e per anno	===	===
3 lettera B punto 6	vitto e pernottamento dell'accompagnatore nella struttura sanitaria	100 € al giorno massimo 60 giorni	===	===
3 lettera B punto 7	trasporto dell'Assicurato con velivolo sanitario o con autoveicolo sanitario alla struttura sanitaria	1.000 € per sinistro	===	===
C. DOPO IL RICOVERO				
3 lettera C punto 1	accertamenti diagnostici	massimale di polizza per sinistro e per anno	===	scoperto 20%
3 lettera C punto 2	visite specialistiche		===	scoperto 20%
3 lettera C punto 3	trattamenti fisioterapici prescritti		===	scoperto 20%
3 lettera C punto 4	trattamenti medici e medicinali prescritti		===	scoperto 20%
3 lettera C punto 5	assistenza infermieristica domiciliare	25 € al giorno massimo 30 giorni	===	===
3 lettera C punto 6	trasporto dell'Assicurato con velivolo sanitario o con autoveicolo sanitario da una struttura sanitaria a un'altra e per il ritorno a casa	2.500 € per sinistro	===	===
3 lettera C punto 7	ospedalizzazione domiciliare e spese per attrezzature mediche	500 € per sinistro	===	===
VISITE SPECIALISTICHE				
4	visite specialistiche	3.000 € per anno	===	scoperto 20% minimo 50 €
VISITE SPECIALISTICHE "LIGHT"				
5	visite specialistiche "light"	1.500 € per anno	===	non compreso
ALTA DIAGNOSTICA				
6	alta diagnostica	4.000 € per anno	===	scoperto 20% minimo 100 €
CHECK-UP				
7	check-up	come da condizioni	===	non compreso
PACCHETTO VIOLENZA				
8	pacchetto violenza	3.500 € per anno	non compreso	===
CONTAGIO HIV				
9	contagio HIV	5.000 €	indennizzo forfettario	
DIARIA PER RICOVERO, DAY HOSPITAL E CONVALESCENZA				

10 lettera A	ricovero o day-hospital/day-surgery	somma assicurata di polizza	===	===
10 lettera B	convalescenza	somma assicurata di polizza	===	===
DENTAL				
11 lettera A	prevenzione	massimo 1 volta per anno assicurativo	===	non compreso
11 lettera B punto 1	radiografia RX endodorale (per 2 elementi)	massimo 2 volte per anno assicurativo	===	non compreso
11 lettera B punto 2	terapia endodermica dei canali radicolari (inclusa radiografia)	massimo 1 volta per anno assicurativo	===	non compreso
11 lettera B punto 3	amputazione coronale della polpa e otturazione del cavo pulpare	massimo 1 volta per anno assicurativo	===	non compreso
11 lettera B punto 4	rimozione chirurgica di dente rotto	massimo 2 volte per anno assicurativo	===	non compreso
11 lettera B punto 5	estrazione semplice di dente o radice in inclusione ossea parziale o totale	massimo 2 volte per anno assicurativo	===	non compreso

**DOVE VALE LA
COPERTURA****ART. 16 – VALIDITÀ TERRITORIALE****Le parole del Glossario: #assicurazione**

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

SEZIONE ASSISTENZA



COSA È
ASSICURATO

ART. 17 – IL FORNITORE DELLE PRESTAZIONI PREVISTE DALLA GARANZIA ASSISTENZA

Le parole del Glossario: #BCC Assicurazioni #Blue Assistance #sinistro

In caso di sinistro, le prestazioni della garanzia Assistenza sono fornite da BLUE ASSISTANCE – Via Santa Maria, n. 11 – 10122 Torino. C.F. 06471170016 - Partita I.V.A. 11998320011, in forza di una specifica convenzione stipulata tra la stessa Blue Assistance S.p.A. e BCC Assicurazioni.

ART. 18 – COSA COMPRENDE L'ASSICURAZIONE

Le parole del Glossario: #Assicurato #assicurazione #BCC Assicurazioni #franchigia #idennizzo #infortunio #istituto di cura #malattia #ricovero #scoperto #sinistro #struttura organizzativa

L'assicurazione prevede queste prestazioni, in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato:

1. Consulenza medica telefonica

Se l'Assicurato ha bisogno di una consulenza medica generica, contatta i medici della struttura organizzativa che valutano quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

2. Consulenza medica specialistica telefonica

Se l'Assicurato ha bisogno di una consulenza medica specialistica, può contattare la struttura organizzativa che valuta quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

3. Invio di un medico in Italia

Se l'Assicurato ha bisogno di un medico, dalle 20 alle 8 o nei giorni festivi, e non riesce a trovarlo, la struttura organizzativa, accertata la necessità della prestazione, invia a spese di BCC Assicurazioni uno dei medici convenzionati.

Se nessuno dei medici convenzionati è subito disponibile la struttura organizzativa organizza, in alternativa, il trasferimento dell'Assicurato in un istituto di cura mediante ambulanza.

La garanzia vale solo in Italia.

4. Invio di un pediatra in Italia

Se l'Assicurato ha bisogno di un pediatra, dalle 20 alle 8 o nei giorni festivi, e non riesce a trovarlo, la struttura organizzativa, accertata la necessità della prestazione, invia a spese di BCC Assicurazioni uno dei medici convenzionati.

La garanzia vale solo in Italia.

5. Invio di un infermiere al domicilio

Se l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in istituto di cura deve essere assistito da un infermiere, la struttura organizzativa invia un infermiere a domicilio.

BCC Assicurazioni paga l'onorario fino a 500 € per sinistro e per anno.

La garanzia vale solo in Italia.

6. Invio di un baby-sitter in Italia

Se l'Assicurato, in seguito al ricovero di durata superiore a 5 giorni, ha bisogno di assistenza per i figli minori di 14 anni, la struttura organizzativa invia un baby-sitter.

BCC Assicurazioni paga il costo fino a 500 € per sinistro e per anno.

La garanzia vale solo in Italia.

7. Invio di un'ambulanza in Italia

Se l'Assicurato ha bisogno di un trasporto in autoambulanza, la struttura organizzativa procede al trasporto nel centro medico più vicino.

BCC Assicurazioni paga la spesa necessaria per compiere al massimo 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).

La garanzia vale solo in Italia.

8. Invio di un fisioterapista al domicilio

Se l'Assicurato, in seguito ad un ricovero, deve effettuare delle terapie fisioterapiche con prescrizione medica o indicazione della terapia indicata sulla lettera di dimissione, la struttura organizzativa invia un fisioterapista a domicilio.

BCC Assicurazioni paga l'onorario fino a 300 € per sinistro e per anno.

La garanzia vale solo in Italia.

9. Invio di un collaboratore familiare in Italia

Se l'Assicurato, in seguito ad un ricovero superiore a 5 giorni, ha bisogno di assistenza per svolgere le normali attività di conduzione della propria abitazione, la struttura organizzativa invia un collaboratore familiare nelle prime 2 settimane di convalescenza.

BCC Assicurazioni paga il costo fino a 200 € per sinistro e per anno.

La garanzia vale solo in Italia.

10. Consegna farmaci a casa in Italia

Se l'Assicurato necessita di speciali medicinali (commercializzati in Italia) come da prescrizione medica, la struttura organizzativa provvede alla ricerca e alla consegna dei farmaci.

Il costo dei medicinali rimane a carico dell'Assicurato.

La garanzia vale solo in Italia.

11. Custodia animali in Italia

Se l'Assicurato, in seguito ad un ricovero superiore a 5 giorni, ha bisogno di assistenza per accudire i propri animali domestici, la struttura organizzativa provvede alla custodia in idonea struttura.

BCC Assicurazioni paga il costo fino a 300 € per sinistro e per anno.

La garanzia vale solo in Italia.

12. Trasporto in autoambulanza in Italia

Se l'Assicurato ha bisogno di un trasporto in autoambulanza, dopo il ricovero di primo soccorso, la struttura organizzativa invia un'autoambulanza.

BCC Assicurazioni paga la spesa necessaria per compiere al massimo 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).

La garanzia vale solo in Italia.

13. Rientro sanitario

Se i medici della struttura organizzativa e il medico curante sul posto accertano che le condizioni dell'Assicurato richiedono il trasporto in un istituto di cura attrezzato in Italia o alla sua residenza, viene organizzato il trasporto con il mezzo che i medici ritengono più adatto alle condizioni del paziente:

- aereo sanitario, solo se il sinistro avviene in paesi Europei
- aereo di linea classe economica, anche in barella
- treno prima classe e, se occorre, vagone letto
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è organizzato per intero dalla struttura organizzativa. ed effettuato a spese di BCC Assicurazioni che paga l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici.

14. Trasferimento in un istituto di cura attrezzato

Se l'Assicurato sviluppa una patologia che, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della struttura organizzativa, previa analisi del quadro clinico e d'accordo con il medico curante, non è ritenuta curabile negli istituti di cura della Regione di residenza, la struttura organizzativa:

- a) individua e prenota, tenuto conto delle disponibilità, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per il quadro clinico dell'Assicurato
- b) organizza il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più adatto alle sue condizioni: aereo sanitario, aereo di linea, classe economica, anche in barella, treno prima classe e, se occorre, vagone letto, autoambulanza, senza limiti di percorso; la struttura organizzativa utilizza l'aereo sanitario solo se il trasferimento avviene in un paese Europeo
- c) assiste l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, a spese di BCC Assicurazioni, se i medici della struttura organizzativa lo ritengono necessario.

15. Rientro dall'istituto di cura attrezzato

Quando l'Assicurato, a seguito della prestazione di cui al punto 14, è dimesso dall'istituto di cura, la struttura organizzativa organizza il suo rientro con il mezzo che i medici della stessa ritengono più adatto: aereo di linea, classe economica, anche in barella, treno prima classe, se occorre, vagone letto, autoambulanza, senza limiti di percorso. BCC Assicurazioni paga le spese per il trasporto, inclusa l'assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, **se i medici della struttura organizzativa la ritengono necessaria.**

16. Viaggio di un familiare

Se l'Assicurato deve essere ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la struttura organizzativa mette a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia, un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'Assicurato. BCC Assicurazioni paga le spese per l'acquisto del biglietto.

17. Individuazione di medicinali equivalenti

Se l'Assicurato, secondo parere medico, ha urgente necessità di specialità medicinali (sempre che commercializzate in Italia) che non si trovano sul posto, la struttura organizzativa individua e comunica all'Assicurato i medicinali equivalenti. **Il costo dei medicinali è a carico dell'Assicurato.**

18. Interprete a disposizione all'estero

Se l'Assicurato, in caso di ricovero in istituto di cura, ha difficoltà a comunicare nella lingua locale, la struttura organizzativa invia un interprete. **BCC Assicurazioni paga i costi per un massimo di 8 ore lavorative.**

19. Anticipo spese di prima necessità

Se l'Assicurato deve sostenere delle spese impreviste e non può provvedere subito e in prima persona, la struttura organizzativa paga per conto dell'Assicurato.

La prestazione non opera se:

- il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia in vigore in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato
- l'Assicurato non può fornire adeguate garanzie di restituzione

L'Assicurato deve comunicare:

- il motivo della richiesta
- l'importo necessario
- il suo recapito
- le referenze che consentono di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato

BCC Assicurazioni anticipa un massimo di 1.000 € per sinistro e per anno.

L'Assicurato deve rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo. Trascorso questo termine deve restituire oltre all'importo anticipato, gli interessi al tasso legale corrente.

20. Accompagnamento minori

Se l'Assicurato è in viaggio con minori di 15 anni assicurati e non può occuparsi di loro, la struttura organizzativa fornisce un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per permettere a un familiare, residente in Italia, di raggiungere i minori e ricondurli alla loro residenza in Italia.

BCC Assicurazioni paga il relativo costo.

Non sono coperte le spese di soggiorno del familiare. L'Assicurato deve comunicare nome, indirizzo e recapito telefonico del familiare alla struttura organizzativa per permetterle di organizzare il viaggio.

21. Prolungamento del soggiorno

Se l'Assicurato in viaggio, su prescrizione medica scritta, non può affrontare il viaggio di rientro al domicilio nella data stabilita, la struttura organizzativa gli prenota un albergo.

BCC Assicurazioni paga le spese di pernottamento e prima colazione per un massimo di 3 giorni successivi alla data stabilita per il rientro fino a 120 € per sinistro.

L'Assicurato al suo rientro deve presentare la documentazione che giustifica il

prolungamento del soggiorno.

22. Rientro salma

Se l'Assicurato in viaggio è deceduto, la struttura organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.

BCC Assicurazioni paga le spese fino a 2.500 € per sinistro.

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

23. Rientro anticipato

Se l'Assicurato deve rientrare alla residenza prima della data che aveva programmato, con un mezzo diverso da quello previsto, a causa della morte in Italia di uno dei seguenti familiari: coniuge, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora, la struttura organizzativa organizza il viaggio in treno, prima classe, o in aereo di linea, classe economica, fino al luogo dove è deceduto, in Italia, il familiare o al luogo in cui il familiare deceduto viene inumato.

BCC Assicurazioni paga le spese per l'acquisto del biglietto.

La prestazione non opera se l'Assicurato non fornisce alla struttura organizzativa adeguate informazioni sull'evento che ha determinato la richiesta di rientro anticipato.

Limite di indennizzo, franchigie e scoperti => Schema riepilogativo.



COSA NON È ASSICURATO

ART. 19 – RISCHI ESCLUSI

Le parole del Glossario: #Assicurato #assicurazione #infortunio #malattia #sport estremo #sport pericoloso

L'assicurazione non vale per sinistri causati da:

- delitti ed atti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, atti di autolesionismo, suicidio o tentato suicidio
- malattie o infortuni che sono conseguenza o che derivano da abuso di alcolici o psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni
- guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.)
- malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia (compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze), stati d'ansia e disturbi mentali (compresi quelli comportamentali), disturbi d'identità sessuale
- pratica di sport pericolosi o sport estremi.



LIMITI DI COPERTURA

ART. 20 – DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Le parole del Glossario: #annualità #Assicurato #sinistro #struttura organizzativa

Ogni prestazione prevista da questa sezione, può essere richiesta al massimo 3 volte per annualità.

Nel caso di permanenza continuata all'estero la copertura vale per 60 giorni.

Se l'Assicurato non contatta la struttura organizzativa quando avviene un sinistro, perde il diritto alle prestazioni.

ART. 21 – RIEPILOGO DEI LIMITI DELLE GARANZIE

Le prestazioni sono garantite entro i limiti indicati nella tabella che segue:

Articolo/ Comma	Garanzia	Limite di indennizzo
18 punto 1	consulenza medica telefonica	= = =
18 punto 2	consulenza medica specialistica telefonica	= = =
18 punto 3	invio di un medico in Italia	= = =

18 punto 4	invio di un pediatra in Italia	= = =
18 punto 5	invio di un infermiere al domicilio	500 € per sinistro e per anno
18 punto 6	invio di un baby-sitter in Italia	500 € per sinistro e per anno
18 punto 7	invio di un'ambulanza in Italia	= = =
18 punto 8	invio di un fisioterapista al domicilio	300 € per sinistro e per anno
18 punto 9	invio di un collaboratore in Italia	200 € per sinistro e per anno
18 punto 10	consegna farmaci a casa in Italia	= = =
18 punto 11	custodia animali in Italia	300 € per sinistro e per anno
18 punto 12	trasporto in autoambulanza in Italia	= = =
18 punto 13	rientro sanitario	5.000 €
18 punto 14	trasferimento in un istituto di cura attrezzato	= = =
18 punto 15	rientro dall'istituto di cura attrezzato	= = =
18 punto 16	viaggio di un familiare	= = =
18 punto 17	individuazione di medicinali equivalenti	= = =
18 punto 18	interprete a disposizione all'estero	massimo 8 ore lavorative
18 punto 19	anticipo spese di prima necessità	1.000 € per sinistro e per anno
18 punto 20	accompagnamento minori	= = =
18 punto 21	prolungamento del soggiorno	massimo 3 giorni 120 € per sinistro
18 punto 22	rientro salma	2.500 € per sinistro
18 punto 23	rientro anticipato	= = =

**DOVE VALE LA
COPERTURA****ART. 22 – VALIDITÀ TERRITORIALE****Le parole del Glossario: #assicurazione**

L'assicurazione vale in tutto il mondo (Eccezione → Art. 18, punti 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12)

SEZIONE SINISTRI



OBBLIGHI IN CASO DI
SINISTRO – SEZIONE
MALATTIA,
INFORTUNIO E
PARTO

ART. 23 – COSA DEVE FARE IL CONTRAENTE/ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO DA MALATTIA, INFORTUNIO O PARTO

Le parole del Glossario: #Assicurato #BCC Assicurazioni #Blue Assistance #centrale operativa #Contraente #documentazione sanitaria #indennizzo #infortuni #istituto di cura #malattia #ricovero #sinistro #struttura convenzionata

BCC Assicurazioni affida la gestione del sinistro a Blue Assistance S.p.A.

Entro 60 giorni dall'evento, per denunciare il sinistro, il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono utilizzare l'area riservata sul sito www.blueassistance.it oppure l'APP Blue Assistance.

Se l'assicurazione scade prima che la malattia sia denunciata e la malattia si è manifestata durante la validità dell'assicurazione, è concesso un termine di 12 mesi dalla scadenza dell'assicurazione per presentare la denuncia.

L'Assicurato può contattare telefonicamente la centrale operativa di Blue Assistance ai seguenti recapiti:

dall'Italia al numero verde 800.053.088

dall'estero al numero +39 02 80753010

dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì e dalle ore 8 alle ore 13 il sabato

L'Assicurato deve:

- sottoporsi, in Italia, agli accertamenti e ai controlli medici richiesti da BCC Assicurazioni
- fornire la documentazione sanitaria
- liberare dal segreto professionale i medici
- dare avviso a tutti gli Assicuratori, se ha sottoscritto altre assicurazioni per lo stesso rischio

Se non si rispettano questi obblighi, si può perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo.

A. UTILIZZO DI STRUTTURE CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE

Se l'Assicurato sceglie una struttura sanitaria convenzionata con Blue Assistance, non paga nulla. Le spese sono coperte con pagamento diretto, salvo quanto previsto dal presente paragrafo.

Dopo la prenotazione presso la struttura convenzionata, l'Assicurato deve:

- accedere alla propria area riservata sul sito o all' APP di Blue Assistance, inserire tutte le informazioni richieste (struttura convenzionata, data della prestazione, tipologia di prestazione, prescrizione medica) almeno 3 giorni prima per le prestazioni ambulatoriali e 5 giorni prima per il ricovero
- oppure, contattare la centrale operativa per ricevere assistenza nella procedura di cui al punto precedente

Completata la procedura, Blue Assistance invia un SMS o un'e-mail con gli aggiornamenti e l'eventuale presa in carico della prestazione.

Se la prestazione è coperta dalla garanzia e gli elementi raccolti permettono di valutare in modo corretto la richiesta, BCC Assicurazioni paga direttamente la struttura convenzionata e/o il medico convenzionato. Il pagamento è al netto di eventuali scoperti o franchigie, che restano a carico dell'Assicurato e devono essere versati direttamente alla struttura. Il pagamento avviene nei limiti dell'importo indennizzabile per le prestazioni autorizzate.

Se Blue Assistance non può prendere in carico il pagamento della prestazione richiesta, l'Assicurato paga le spese, ma ha diritto alle tariffe agevolate eventualmente concordate da Blue Assistance.

Se il sinistro non è indennizzabile, l'Assicurato deve restituire le spese anticipate da BCC Assicurazioni.

Se non vengono seguite le modalità indicate sopra, le spese sono rimborsate secondo quanto previsto alla lettera B di questo articolo.

B. UTILIZZO DI STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE

L'Assicurato paga direttamente le spese sostenute, se utilizza:

- strutture sanitarie non convenzionate
- strutture sanitarie convenzionate senza preventivo accordo con Blue Assistance

Per chiedere il rimborso deve:

- accedere alla propria area riservata dal sito internet o all' APP di Blue Assistance
- seguire la procedura per creare una richiesta di rimborso
- allegare la seguente documentazione:
 - a) in caso di ricovero: copia della cartella clinica completa o, in caso di intervento chirurgico senza ricovero, copia della relazione dell'intervento
 - b) prescrizione del medico curante che attesta la malattia o l'infortunio, la diagnosi accertata in caso di visita specialistica o gli esiti degli accertamenti diagnostici
 - c) le fatture e le spese sostenute

C. UTILIZZO DI STRUTTURE CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE E MEDICI NON CONVENZIONATI

Se l'Assicurato sceglie medici non convenzionati in una struttura sanitaria convenzionata, Blue Assistance paga direttamente la struttura sanitaria (come previsto alla lettera A di questo articolo).

L'Assicurato deve invece pagare le spese dell'equipe medicochirurgica.

Per le spese presso strutture sanitarie convenzionate, la denuncia del sinistro segue la modalità indicata alla lettera A.

Per le spese relative a prestazioni di medici non convenzionati, la denuncia del sinistro segue la modalità indicata alla lettera B.

D. RICHIESTA DELL'INDENNITA' SOSTITUTIVA

Se l'Assicurato richiede l'indennità sostitutiva, deve entrare nella propria area riservata sul sito internet o nell'APP di Blue Assistance eseguire la procedura per la richiesta di rimborso. Deve allegare copia della cartella clinica completa oppure, se l'intervento è senza ricovero, copia della relazione dell'intervento.

Se non si rispettano questi obblighi, si può perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo.

ART. 24 – CALCOLO E PAGAMENTO DELLA DIARIA DA RICOVERO, DAY HOSPITAL E CONVALESCENZA

Le parole del Glossario: #BCC Assicurazioni #convalescenza #day hospital #day surgery #documentazione sanitaria #indennizzo #infortunio #malattia #polizza #ricovero

Ricovero o Day hospital/Day surgery

BCC Assicurazioni paga all'Assicurato una diaria per ogni giorno di ricovero superiore a 3 giorni o di day hospital e day surgery, dovuto a malattia o infortunio.

Il giorno di ingresso e di dimissione contano come un solo giorno.

La diaria è riconosciuta:

- a completa guarigione clinica
- su presentazione della documentazione sanitaria che prova causa e durata del ricovero o del day hospital

Convalescenza

BCC Assicurazioni paga per la convalescenza domiciliare una diaria pari a quella per ricovero.

La diaria è riconosciuta:

- se il ricovero è di almeno 3 giorni
- per un numero di giorni uguale a quello del ricovero o del day hospital o del day surgery
- fino a 60 giorni per infortunio.

Per day hospital o day surgery, BCC Assicurazioni paga al massimo 5 giorni di convalescenza.

Calcolo dell'indennizzo

BCC Assicurazioni riconosce la diaria giornaliera fino a 365 giorni complessivi per sinistro tra ricovero e convalescenza.

La diaria per convalescenza è riconosciuta per un massimo di 60 giorni per sinistro.

Il periodo di convalescenza deve risultare dalla documentazione sanitaria rilasciata al momento delle dimissioni.

Esempio 1

Diaria giornaliera	50€
Giorni di ricovero effettivi	30
Giorni di convalescenza prescritti	30
Giorni da liquidare	60
Calcolo indennizzo	50€ x 60 (30+30) = 3.000€

Esempio 2

Diaria giornaliera	50€
Giorni di ricovero effettivi	80
Giorni di convalescenza prescritti	70
Giorni di convalescenza n. massimo	60
Giorni da liquidare	140
Calcolo indennizzo	50€ x 140 (80+60) = 7.000€

ART. 25 – OFFERTA E PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Le parole del Glossario: #Assicurato #BCC Assicurazioni #indennizzo

Offerta

Entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, BCC Assicurazioni comunica all'Assicurato l'offerta di indennizzo o i motivi per cui non ritiene di formularla.

Pagamento

Nei successivi 30 giorni, BCC Assicurazioni indennizza il danno accertato o concordato.



**OBBLIGHI IN CASO DI
SINISTRO - SEZIONE
ASSISTENZA**

ART. 26 – COSA DEVE FARE IL CONTRAENTE/ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO ASSISTENZA

Le parole del Glossario: #Assicurato #Contraente #polizza #sinistro #struttura organizzativa

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve telefonare alla struttura organizzativa, in funzione 24 ore su 24:

- dall'Italia al numero 800.053. 088 (numero verde)
- dall'estero al numero +39 02 80753010 (numero a pagamento)

e comunicare:

- il tipo di assistenza di cui necessita
- il suo nome e cognome
- il numero di polizza

- l'indirizzo del luogo in cui si trova
- il numero telefonico al quale la struttura organizzativa lo può richiamare

L'Assicurato libera dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro.

ART. 27 – OBBLIGO DI FORNIRE LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Le parole del Glossario: *#Assicurato #Contraente #struttura organizzativa*

Il Contraente o l'Assicurato deve fornire tutta la documentazione che la struttura organizzativa richiede per erogare le prestazioni.

La richiesta delle prestazioni deve essere rivolta alla struttura organizzativa che interviene direttamente o ne autorizza l'effettuazione.

PARTE COMUNE A TUTTE LE GARANZIE



OBBLIGHI VIGENTI
PRIMA E DOPO LA
FIRMA DEL
CONTRATTO

ART. 28 – OBBLIGO DI DICHIARAZIONI VERITIERE

Le parole del Glossario: #Assicurato #assicurazione #BCC Assicurazioni #Contraente #indennizzo #premio

Il Contraente/Assicurato deve fornire a BCC Assicurazioni informazioni precise e complete che possono influire sulla valutazione del rischio.

Se non lo fa per dolo o colpa grave su fatti che conosce o potrebbe normalmente conoscere, l'assicurazione può essere annullata e può perdere il diritto all'indennizzo (art. 1892 del codice civile).

Se non lo fa, ma senza dolo o colpa grave o su fatti che non conosceva e che non poteva verificare, BCC Assicurazioni può recedere dall'assicurazione (art. 1893 del codice civile).

In questi casi BCC Assicurazioni può trattenere:

- i premi già incassati
- il premio per il periodo di assicurazione in corso
- in caso di dolo o colpa grave, il premio dovuto per il primo anno

ART. 29 – ALTRE ASSICURAZIONI

Le parole del Glossario: #Assicurato #BCC Assicurazioni #Contraente #indennizzo #sinistro

Se esistono o sono state sottoscritte in seguito altre assicurazioni per lo stesso rischio il Contraente o l'Assicurato devono comunicarlo a BCC Assicurazioni.

In caso di sinistro:

- devono avvisare tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri
- possono chiedere a ciascuno l'indennizzo dovuto in base al singolo contratto, ma l'indennizzo totale non deve superare l'ammontare del danno.

ART. 30 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Le parole del Glossario: #assicurazione #BCC Assicurazioni #Contraente #intermediario

Tutte le comunicazioni che riguardano l'assicurazione (eccezione --> Sezione Assistenza) devono essere fatte con lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata all'attenzione di:

BCC Assicurazioni S.p.A.

c/o Centro Leoni - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano

Posta Elettronica Certificata: bcc.assicurazioni@actaliscertymail.it

Oppure tramite comunicazione all'intermediario.

BCC Assicurazioni effettua le comunicazioni che riguardano l'assicurazione secondo le modalità scelte dal Contraente e utilizza i recapiti forniti al momento della sottoscrizione della polizza.

Il Contraente si impegna a comunicare subito a BCC Assicurazioni eventuali variazioni dei dati di contatto forniti, anche attraverso l'Area Clienti o attraverso l'intermediario.

ART. 31 – PRESCRIZIONE

Le parole del Glossario: #assicurazione

I diritti che derivano dall'assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

ART. 32 – MODALITÀ DI SOTTOSCRIZIONE

Le parole del Glossario: *#Assicurato #assicurazione #polizza #questionario sanitario*

L'operatività della polizza è vincolata alla compilazione del questionario sanitario da parte dell'Assicurato.

L'assicurazione si basa sulle dichiarazioni contenute nel questionario sanitario, che è parte integrante della polizza. Le dichiarazioni devono essere precise e veritiere e non devono essere tralasciate informazioni che riguardano il proprio stato di salute.

ART. 33 – ONERI FISCALI DELL'ASSICURAZIONE

Le parole del Glossario: *#Contraente*

Sono a carico del Contraente.

Queste le aliquote:

- 2,50% per la sezione Malattia, infortunio e parto
 - 10% per la sezione Assistenza
-

ART. 34 – SOSTITUZIONE POLIZZA

Le parole del Glossario: *#Assicurato #Contraente #polizza*

È possibile sostituire la polizza in caso di:

- inserimento o eliminazione delle garanzie
 - inserimento nuovo Assicurato
 - esclusione Assicurato
 - cambio Contraente
-

ART. 35 – CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Le parole del Glossario: *#Assicurato #BCC Assicurazioni #indennizzo*

Se tra BCC Assicurazioni e l'Assicurato sorgono controversie, le parti possono:

- fare ricorso al giudice ordinario competente, oppure
- di comune accordo demandare la risoluzione della controversia ad un collegio di tre medici nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, scelti tra i consulenti medici legali.

Se non c'è l'accordo tra le parti, il terzo medico è nominato dal presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo in cui deve riunirsi il collegio dei medici.

Il Collegio dei Medici si costituisce nel comune sede di istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ogni parte sostiene le spese del proprio medico incaricato; quelle del terzo medico sono ripartite a metà.

Il Collegio Medico può rinviare l'accertamento definitivo a una data successiva e concedere un anticipo sull'indennizzo presumibile in forza del contratto.

Il Collegio Medico è dispensato da ogni formalità di legge nel prendere le sue decisioni.

Le decisioni sono:

- prese a maggioranza di voti
- vincolanti per le parti

Le parti rinunciano a impugnare le decisioni del Collegio salvo i casi di:

- violenza
- dolo
- errore
- violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere scritti in apposito verbale, che deve essere redatto in duplice copia, uno per ognuna delle parti.

ART. 36 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le parole del Glossario: #assicurazione

Le modifiche all'assicurazione devono essere scritte.

ART. 37 – FORO COMPETENTE

Le parole del Glossario: #Assicurato #Contraente

Per ogni controversia è quello del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o dell'Assicurato oppure quello della sua sede legale se persona giuridica.

ART. 38 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 39 – SANZIONI INTERNAZIONALI: ASSICURAZIONE NON OPERATIVA

Le parole del Glossario: #BCC Assicurazioni #polizza #rischio #sinistro

La polizza non opera se garantire la copertura, pagare un sinistro o fornire qualsiasi prestazione può esporre BCC Assicurazioni anche solo al rischio di applicazione di:

- sanzioni, divieti o restrizioni previste da risoluzioni dell'ONU
 - disposizioni economiche o commerciali previste da leggi o regolamenti non italiani e che BCC Assicurazioni deve rispettare.
-

**QUANDO E COME
PAGARE IL PREMIO****ART. 40 – PAGAMENTO DEL PREMIO**

Le parole del Glossario: #assicurazione #BCC Assicurazioni #intermediario #premio #polizza

A chi si paga

Il premio deve essere pagato all'intermediario oppure a BCC Assicurazioni

Come e quando si paga

Il pagamento del premio può essere effettuato con una delle seguenti modalità:

- bonifico bancario con accredito sull'apposito conto corrente intestato a BCC Assicurazioni o all'intermediario
- addebito automatico sul conto corrente con utilizzo della procedura SEPA
- altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge qualora l'intermediario assicurativo ne sia abilitato

Il primo premio o la prima rata di premio devono essere pagati alla firma della polizza.

I premi o le rate di premio successivi devono essere pagati alle scadenze stabilite.

Il premio può essere pagato con frazionamento annuale, oppure in rate, senza costi aggiuntivi:

- mensili (se il pagamento avviene tramite SEPA è previsto l'addebito anticipato delle prime due mensilità)
- semestrali

Cosa succede se non si pagano i premi o le rate successivi

L'assicurazione è sospesa:

1. in caso di pagamento tramite SEPA, dalle 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza
2. in caso di pagamento semestrale o mensile, dalle 24 del giorno di scadenza della rata successiva alla prima rata non pagata
3. in caso di pagamento in altri modi, dalle 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza

In tutti i casi, l'assicurazione riprende dalle 24 del giorno del pagamento.

I premi successivi e quelli scaduti devono comunque essere pagati.¹

Per le garanzie all'art. 2 – Rimborso spese per ricovero con o senza intervento chirurgico per malattia, infortunio o parto; art. 3 – Grandi interventi chirurgici; art. 4 – Visite specialistiche; art. 5 – Visite specialistiche Light; art. 6 - Alta diagnostica; art. 10 – Diaria per ricovero, Day Hospital e convalescenza, alla scadenza di ogni annualità assicurativa, il premio viene ricalcolato in base all'avanzamento dell'età di ogni Assicurato, con applicazione delle percentuali presenti nell'allegato 2.

**QUANDO COMINCIA
E QUANDO FINISCE
L'ASSICURAZIONE****ART. 41 – DURATA DELL'ASSICURAZIONE**

Le parole del Glossario: #assicurazione #premio #polizza

Quando inizia

L'assicurazione inizia:

- dalle 24 del giorno indicato in polizza, se si è pagato (premio intero o prima rata), altrimenti dalle 24 del giorno di pagamento
- in caso di pagamento mensile, dalle 24 del giorno indicato in polizza se la procedura SEPA ha buon esito, altrimenti dalle 24 del giorno indicato in polizza purché il pagamento sia effettuato entro 15 giorni

Quanto dura

L'assicurazione dura minimo un anno ed è prorogata in automatico di anno in anno.

Quando termina

L'assicurazione termina con invio di disdetta (--> Art. 42 - Disdetta dell'assicurazione).

**COME DISDIRE
L'ASSICURAZIONE****ART. 42 – DISDETTA DELL'ASSICURAZIONE**

Le parole del Glossario: #assicurazione #BCC Assicurazioni #Contraente

Come e quando è possibile

Con raccomandata A/R o PEC spedite almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

Se la disdetta non è spedita nei tempi

- l'assicurazione si rinnova per un altro anno
- la disdetta è valida per l'anno successivo senza che il Contraente o BCC Assicurazioni mandi altre comunicazioni

ART. 43 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Le parole del Glossario: #assicurazione #BCC Assicurazioni #Contraente #indennizzo #infortunio #malattia #polizza #premio #sinistro

Sinistro infortuni

Il Contraente e BCC Assicurazioni possono recedere dall'assicurazione:

- dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno da quando l'indennizzo è stato pagato o rifiutato
- scrivendo all'altra parte con raccomandata A/R o PEC
- anche se sono pagati o riscossi i premi scaduti dopo la denuncia del sinistro

¹ art. 1901 del Codice civile.

in caso di frazionamento del premio annuale o semestrale

Il recesso:

- se esercitato dal Contraente ha effetto dalla data di ricevimento della comunicazione
- se esercitato da BCC Assicurazioni ha effetto dopo 15 giorni dalla ricezione

BCC Assicurazioni entro 15 giorni dall'efficacia del recesso rimborsa la parte di premio per il periodo di assicurazione non goduto (al netto delle imposte).

in caso di frazionamento del premio mensile

Il recesso ha effetto alla scadenza della prima rata di premio successiva al preavviso di 30 giorni.

BCC Assicurazioni sospende l'incasso delle rate con scadenza successiva alla data in cui cessa l'assicurazione.

Sinistro malattia

BCC Assicurazioni non può esercitare il recesso se riferito a un sinistro che interessa le garanzie previste dalla Sezione malattia.

ART. 44 – MODIFICA UNILATERALE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI

Le parole del Glossario: #assicurazione #BCC Assicurazioni #combined ratio #Contraente #franchigia #indennizzo #infortunio #intermediario #malattia #massimale #polizza #premio #scoperto

In occasione del tacito rinnovo della polizza BCC Assicurazioni può:

- applicare le nuove condizioni tariffarie e contrattuali se ha modificato le condizioni (per esempio: limiti, scoperti, franchigie, testo contrattuale) o la tariffa dei rischi oggetto della copertura assicurativa, oppure
- rivedere le condizioni (per esempio: massimali, limiti, scoperti, franchigie) o il premio della polizza in rinnovo, se il rapporto tra le spese e i premi imponibili (Combined Ratio) ha un andamento tecnico non più sostenibile

Comunicazione

60 giorni prima della scadenza contrattuale, BCC Assicurazioni comunica tramite lettera al Contraente le nuove condizioni tariffarie e contrattuali e informa l'Intermediario.

Se accetta le nuove condizioni

Il Contraente, dopo aver letto le nuove condizioni e/o preso visione del nuovo premio le accetta pagando il premio entro le 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza.

Il pagamento del premio costituisce dichiarazione espressa di accettazione delle nuove condizioni di polizza e/o del nuovo premio.

Se non accetta le nuove condizioni

Il Contraente, dopo aver letto le nuove condizioni e/o preso visione del nuovo premio non accetta, non paga il nuovo premio.

Il mancato pagamento del nuovo premio entro il 15° giorno dalla scadenza comporta l'annullamento del contratto. Non serve inviare disdetta da parte del Contraente.

Quando la polizza prevede il pagamento mensilizzato e/o il pagamento con addebito automatico è fondamentale contattare l'intermediario entro la data di scadenza della polizza e chiedere l'interruzione dell'addebito automatico delle rate di polizza.

ALLEGATO 1: GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI**

NEUROCHIRURGIA
via craniotomica o transorale
cranioplastica
sulla ipofisi per via transfenoidale
asportazione di processi espansivi del rachide
ernia del disco ed ernia del disco dorsale e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore, posteriore, laterale o transtoracica
sul plesso brachiale
OCULISTICA
enucleazione del globo oculare
OTORINOLARINGOIATRIA
demolitiva della laringe (laringectomia parziale o totale)
ricostruzione della catena ossiculare
neurinoma dell'ottavo nervo cranico
CHIRURGIA DEL COLLO
tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
gozzo retrosternale con mediastinotomia
CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO
fistole bronchiali
echinococchi polmonare
pneumectomia parziale o totale
cisti del mediastino
CHIRURGIA DELLA MAMMELLA
mastectomia parziale o totale con svuotamento del cavo ascellare
CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE
sul cuore per via toracotomica
sui grandi vasi toracici per via toracotomica
sull'aorta addominale per via laparotomica
endoarteriectomia della carotide e della arteria vertebrale
decompressione dell'arteria vertebrale nel forame trasversano
aneurismi: resezione e trapianto con protesi
CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE
resezione parziale o totale dell'esofago
esofagoplastica e per mega-esofago
resezione gastrica totale
resezione gastro-digiunale
fistola gastro-digiunocolica

Set Informativo Mod. B81 – ed. 02/2026

colectomia totale, ernicolectomia e resezione rettocolica per via laparotomica
amputazione del retto-ano
megacolon
drenaggio ascesso epatico
echinococcosi epatica
resezione epatica
ricostruzione delle vie biliari
ipertensione portale
pancreatite acute o cronica
cisti, pseudocisti o fistola pancreatica
UROLOGIA
nefroureterectomia radicale
surrenalectomia
cistectomia totale
ricostruzione vescicale
cistoprastatovescicolectomia
prostatectomia radicale
orchiectomia
GINECOLOGIA
isterectomia radicale
vulvectomia radicale allargata
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
costola cervicale
stabilizzazione vertebrale
resezione di corpi vertebrali
trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
protesizzazioni di spalla, gomito, anca o ginocchio
TUMORI MALIGNI
asportazione parziale o totale
chirurgia plastica ricostruttiva in conseguenza dell'asportazione
TRAPIANTO D'ORGANO

**ALLEGATO 2: ADEGUAMENTO PREMIO PER ETÀ
ASSICURATO**

ETÀ	RIMBORSO SPESE PER RICOVERO	GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	VISITE SPECIALISTICHE	VISITE SPECIALISTICHE LIGHT	ALTA DIAGNOSTICA	DIARIA DA RICOVERO E CONVALESCENZA
1	-	-	-	-		-
2	-	-	-	-		-
3	-	-	-	-		-
4	-	-	-	-		-
5	-	-	-	-		-
6	-	-	-	-		-
7	-	-	-	-		-
8	-	-	-	-		-
9	-	-	-	-		-
10	-	-	-	-		-
11	9,30%	-	10,31%	10,31%	10,32%	-
12	2,23%	-	6,36%	6,36%	6,35%	-
13	2,23%	-	5,96%	5,96%	5,96%	-
14	2,23%	-	5,64%	5,64%	5,64%	-
15	2,24%	-	5,32%	5,32%	5,32%	-
16	2,24%	-	5,07%	5,07%	5,07%	-
17	2,23%	-	4,81%	4,81%	4,81%	-
18	2,23%	-	4,60%	4,60%	4,60%	-
19	2,24%	-	4,39%	4,39%	4,39%	-
20	2,24%	-	4,22%	4,22%	4,21%	-
21	2,23%	-	4,04%	4,04%	4,03%	-
22	2,23%	-	3,87%	3,87%	3,89%	-
23	2,24%	-	3,74%	3,74%	3,73%	-
24	2,23%	-	3,60%	3,60%	3,61%	-
25	2,23%	0,94%	3,48%	3,48%	3,47%	-
26	2,24%	-	3,35%	3,35%	3,37%	-
27	2,23%	-	3,26%	3,26%	3,25%	-
28	2,23%	-	3,14%	3,14%	3,15%	-
29	2,23%	0,34%	3,06%	3,06%	3,05%	-
30	2,24%	0,51%	2,96%	2,96%	2,97%	-
31	2,23%	0,50%	2,88%	2,88%	2,87%	-
32	2,24%	0,75%	2,79%	2,79%	2,80%	-
33	2,23%	0,75%	2,72%	2,72%	2,72%	-
34	2,23%	1,15%	2,64%	2,64%	2,65%	-
35	2,24%	1,46%	2,58%	2,58%	2,58%	-
36	2,23%	1,76%	2,51%	2,51%	2,51%	2,60%
37	2,23%	2,29%	2,46%	2,46%	2,46%	1,90%
38	2,23%	2,70%	2,39%	2,39%	2,39%	1,86%
39	2,23%	3,15%	2,34%	2,34%	2,34%	1,83%
40	2,24%	3,71%	2,29%	2,29%	2,28%	1,80%

Set Informativo Mod. B81 – ed. 02/2026
ASSICURATO

ALLEGATO 2: ADEGUAMENTO PREMIO PER ETÀ

41	2,23%	4,14%	2,23%	2,23%	2,24%	2,35%
42	2,23%	4,65%	2,19%	2,19%	2,18%	2,30%
43	2,23%	5,15%	2,13%	2,13%	2,14%	2,25%
44	2,24%	5,57%	2,10%	2,10%	2,09%	2,20%
45	2,23%	5,91%	2,05%	2,05%	2,05%	4,84%
46	2,23%	6,40%	2,01%	2,01%	2,01%	2,05%
47	2,23%	6,69%	1,97%	1,97%	1,97%	2,51%
48	2,24%	7,04%	1,94%	1,94%	1,93%	2,45%
49	2,23%	7,48%	1,89%	1,89%	1,90%	2,39%
50	2,23%	7,92%	1,86%	1,86%	1,86%	2,80%
51	2,23%	8,50%	1,82%	1,82%	1,83%	4,55%
52	2,23%	8,73%	1,80%	1,80%	1,79%	5,65%
53	2,23%	9,05%	1,76%	1,76%	1,76%	6,58%
54	2,23%	9,39%	1,73%	1,73%	1,73%	6,18%
55	2,23%	9,60%	1,70%	1,70%	1,70%	6,91%
56	2,23%	9,77%	1,68%	1,68%	1,67%	6,46%
57	2,23%	9,72%	1,64%	1,64%	1,65%	7,03%
58	2,24%	9,45%	1,62%	1,62%	1,62%	6,87%
59	2,23%	8,82%	1,59%	1,59%	1,60%	6,42%
60	2,24%	8,07%	1,57%	1,57%	1,57%	6,56%
61	2,21%	7,16%	2,43%	2,43%	2,81%	6,65%
62	3,66%	6,05%	2,05%	2,05%	2,05%	5,77%
63	3,79%	5,53%	2,05%	2,05%	2,06%	5,90%
64	5,63%	5,50%	2,07%	2,07%	2,07%	5,77%
65	5,33%	4,61%	2,11%	2,11%	2,10%	5,26%
66	5,06%	4,21%	1,34%	1,34%	1,40%	5,19%
67	4,82%	3,84%	1,55%	1,55%	1,57%	5,11%
68	4,60%	6,55%	1,73%	1,73%	1,77%	4,69%
69	4,40%	3,21%	1,88%	1,88%	1,91%	4,48%
70	4,21%	2,89%	2,03%	2,03%	2,06%	4,13%
71	4,04%	2,56%	2,20%	2,20%	2,23%	2,21%
72	3,88%	2,21%	2,34%	2,34%	2,36%	2,30%
73	3,74%	1,90%	2,47%	2,47%	2,48%	2,25%
74	6,30%	-	2,56%	2,56%	2,57%	2,48%
75	1,00%	-	2,64%	2,64%	2,65%	2,42%
76	1,00%	-	2,75%	2,75%	2,76%	0,13%
77	1,00%	-	2,86%	2,86%	2,86%	-
78	1,00%	-	2,92%	2,92%	2,92%	-
79	1,00%	-	3,01%	3,01%	3,01%	-

NORME GENERALI SUI CONTRATTI ASSICURATIVI

Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta (Codice civile Art. 1891)

Se l'Assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'Assicurato, e il Contraente, anche se in possesso della Polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'Assicurato medesimo.

All'Assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al Contraente in dipendenza del contratto.

Per il rimborso dei premi pagati all'Assicuratore e delle spese del contratto, il Contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'Assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave (Codice civile Art. 1892)

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'Assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'Assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'Assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di Assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al Premio convenuto per il primo anno.

Se il Sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'Assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave (Codice civile Art. 1893)

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'Assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il Sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'Assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Assicurazione in nome o per conto di terzi (Codice civile Art. 1894)

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al Rischio, si applicano a favore dell'Assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

Diminuzione del rischio (Codice civile Art. 1897)

Se il Contraente comunica all'Assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del Rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un Premio minore, l'Assicuratore, a decorrere dalla scadenza del Premio o della rata di Premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor Premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Aggravamento del rischio (Codice civile Art. 1898)

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'Assicuratore dei mutamenti che aggravano il Rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'Assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'Assicuratore non avrebbe consentito l'Assicurazione o l'avrebbe consentita per un Premio più elevato.

L'Assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo

conoscenza dell'aggravamento del Rischio.

Il recesso dell'Assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'Assicuratore non avrebbe consentito l'Assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del Rischio è tale che per l'Assicurazione sarebbe stato richiesto un Premio maggiore.

Spettano all'Assicuratore i premi relativi al periodo di Assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il Sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'Assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del Rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'Assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il Premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore Rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Durata dell'assicurazione (Codice civile Art. 1899)

L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso.

Il contratto può essere tacitamente prorogato ogni anno.

Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Mancato Pagamento del Premio (Codice civile Art. 1901)

Se il Contraente non paga il Premio o la prima rata di Premio stabilita dal contratto, l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'Assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il Premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'Assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del Premio relativo al periodo di Assicurazione in corso, e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Assicurazione presso diversi Assicuratori (Codice civile Art. 1910)

Se per il medesimo Rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi Assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun Assicuratore. Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli Assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun Assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'Assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un Assicuratore è insolvente la sua quota viene ripartita fra gli altri Assicuratori.

Avviso all'Assicuratore in caso di Sinistro (Codice civile Art.1913)

L'Assicurato deve dare avviso del Sinistro all'Assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il Sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'Assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del Sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Diritto di surrogazione dell'Assicuratore (Codice civile Art.1916)

L'Assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'Assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'Assicurato è responsabile verso l'Assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di

surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Prescrizione in materia di assicurazione (Codice civile Art. 2952)

Il diritto al pagamento delle rate di Premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di Assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di Assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Nell'Assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'Assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questa proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO

Il 2 Gennaio 2024 è entrata in vigore la **L. 193 del 07/12/2023** che riconosce in capo alle persone precedentemente affette da malattie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (o 5 anni nel caso di patologia oncologica insorta prima dei 21 anni di età compiuti), il diritto di non fornire alla compagnia assicurativa, in fase di sottoscrizione o rinnovo dei contratti, le informazioni relative allo stato di salute concernenti tali patologie.

A integrazione di ciò, il **DM 22 marzo 2024** (in G.U. n. 96 del 24/4/2024) ha introdotto termini ridotti e differenziati in base al tipo di patologia oncologica da cui il soggetto è stato affetto, come riportato nella tabella sottostante:

Tipo di tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, > 21 anni	7
Melanoma	> 21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	> 21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi < 55 anni Uomini con diagnosi < 45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	< 45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

Pertanto, La informiamo che, a fronte delle norme illustrate, qualora Lei dovesse risultare totalmente guarito da malattie oncologiche secondo i termini di legge, sarà suo diritto non fornire alcun documento medico inerente tale patologia e/o rispondere negativamente a qualsiasi richiesta di approfondimento.

Qualora la Compagnia assicurativa fosse già in possesso di tali informazioni oppure Lei dovesse (anche erroneamente) dichiarare una patologia oncologica e allegare documentazione riferita a patologie oggetto della tutela normativa, le stesse non verranno prese in considerazione ai fini della valutazione medico – sanitaria.

ALCUNI ESEMPI:

- Assicurato di 24 anni, che è stato in cura per patologie oncologiche all'età di 16 anni, e dalla conclusione del trattamento attivo non si sono verificati episodi di recidiva negli ultimi 5 anni. In tal caso, essendo passati almeno 5 anni dalla conclusione del trattamento, l'Assicurato non è tenuto a fornire informazioni relative allo stato di salute concernenti tali patologie oncologiche.
- Assicurato di 40 anni, che è stato in cura per tumore al colon-retto, rispetto al quale è terminato il trattamento attivo senza ulteriori episodi di recidiva nell'ultimo anno. In tal caso, essendo passato almeno un anno dalla conclusione del trattamento, l'Assicurato non è tenuto a fornire informazioni relative allo stato di salute concernenti tale patologia oncologica.

BCC Assicurazioni S.p.A.

Sede legale: Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI) – Italia – Pec bcc.assicurazioni@actaliscertymail.it - Tel. +39 02/269621 – Cap. Soc. Euro 14.448.000,00 i.v. – C.F., Partita IVA e iscr. Reg. Imp. di MI n. 02652360237* – REA del C.C.I.A. di Milano n. MI 1782224 – Società sottoposta alla direzione e coordinamento di Assimoco S.p.A. capogruppo del Gruppo Assimoco – Società autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 333 del 13 settembre 1996 – G.U. n. 220 del 19 settembre 1996 e iscritta all'Albo delle Imprese tenuto da IVASS con il n. 1.00124

*Per fatturazione Partita IVA n. 10516920963 (Gruppo IVA)

www.bccassicurazioni.com