GENERALI

Contraente: **C.I.P.e – CONFEDERAZIONE ITALIANA PEDIATRI** Polizza **n. 361071238**

APPENDICE DI RINNOVO

Contratto di assicurazione per i primi 30 giorni di malattia o infortunio

Di comune accordo fra le parti si conviene di rinnovare il presente contratto di assicurazione per l'ulteriore periodo di un anno. Pertanto, si stabilisce quanto segue.

- A parziale modifica dell'**art. 1.2 "Proroga dell'assicurazione":**
  Il contratto scadrà alle ore 24:00 del 01/01/2020.

- A parziale modifica dell'**art. 1.6 "Pagamento e regolazione del premio"**:
  Il premio annuo finito per Assicurato sarà determinato dal medico pediatra di libera scelta secondo la fascia di indennizzo prescelta, come indicato nella seguente tabella:

Indennità giornaliera	Premio
€ 90	€ 260
€ 145	€ 360
€ 170	€ 590
€ 210	€ 790

- La garanzia decorrerà per ogni Assicurato dalle ore 24:00 del 01/01/2019, relativamente alle adesioni raccolte entro il 31/12/2018, e dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, relativamente alle adesioni raccolte entro e non oltre il 28/02/2019.
- Dopo il 28/02/2019, l'adesione alla presente copertura sarà prevista solo per i Medici pediatri che instaureranno nel corso del 2019 un rapporto di convenzione con il SSN.
  In tal caso la decorrenza della copertura sarà dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese successivo all'adesione ed il premio dovuto sarà calcolato in pro-rata temporis, cioè in funzione del periodo residuo alla scadenza della polizza.
- Il termine di scadenza della garanzia sarà per tutti gli Assicurati alle ore 24:00 del 01/01/2020.

- A parziale modifica dell'**art. 2.4 "Esclusioni"** si aggiunge che:

  Il rimborso non verrà, inoltre, corrisposto qualora l'impossibilità a prestare la propria attività sia dovuta a:
  - trattamenti o interventi aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia oncologica;

- L'**Art. 3.1 "Denuncia del sinistro e termini di liquidazione"** è sostituito dal seguente:

  L'Assicurato **a guarigione avvenuta** per ottenere l'indennizzo dovrà inviare tramite raccomandata, unitamente al modulo di richiesta di rimborso, la seguente documentazione:
  - la fotocopia della dichiarazione di sostituzione riportante, ai sensi dell'art. 36 dell'A.C.N. 15 dicembre 2005 e successive modificazioni e integrazioni, **la data di inizio e fine sostituzione, il motivo della sostituzione e il nome o i nomi del collega o dei colleghi che lo sostituiscono** corredata della conferma di ricezione da parte dell'ASL;
  - la fotocopia del certificato rilasciato dall'ASL attestante l'avvenuta sostituzione **nel caso in cui la dichiarazione di sostituzione inviata all'ASL non sia munita della conferma di ricezione da parte di quest'ultima**;
  - la fotocopia del certificato del medico curante contenente la diagnosi e la prognosi;
  - la fotocopia del certificato di ricovero **nel caso di malattie o infortuni che abbiano comportato ricovero, day hospital o day surgery in istituto di cura**.

  Tale documentazione dovrà essere inoltrata a **Area Liquidazione Infortuni e Malattie - Centro Liquidazione Malattie - Via Leonida Bissolati n° 23 (2° piano stanza 220) CAP 00187 Roma (RM)**.
  Entro i successivi 20 giorni lavorativi, l'Area Liquidazione Infortuni e Malattie - Centro Liquidazione Malattie, ricevuta la documentazione esatta e completa, provvederà ad effettuare l'ordine di pagamento direttamente all'assicurato, alle coordinate bancarie da lui indicate.
  In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fornire tutta la documentazione (medica e non) che la società riterrà opportuno acquisire ai fini di una corretta e completa istruttoria del sinistro.
  L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.»

- L'**Art. 3.3 "Somme assicurate e franchigia"** è sostituito dal seguente:

  All'Assicurato verrà corrisposta un'indennità giornaliera determinata secondo la fascia di premio prescelta, come indicato nella seguente tabella:

Indennità giornaliera	Premio
€ 90	€ 260
€ 145	€ 360
€ 170	€ 590
€ 210	€ 790

  Il suddetto indennizzo verrà così calcolato:

  - dal 3° giorno di sostituzione e sino al 30° per gli infortuni e le malattie che non comportino ricovero in Istituto di Cura, solo per tre eventi all'anno, intervallati almeno da 30 giorni;

- dal 1° giorno di sostituzione e sino al 30° per gli infortuni e le malattie che comportino cure prestate in day hospital, day surgery o ricovero in Istituto di Cura, solo per tre eventi all'anno, intervallati almeno da 30 giorni;
- dal 1° giorno di sostituzione e sino al 30° nei casi di Insufficienza cardiaca, Insufficienza renale cronica o Patologie neoplastiche. Tra un evento e l'altro devono intercorrere almeno 30 giorni. L'indennità verrà corrisposta fino ad un massimo di 120 giorni per annualità assicurativa.

Nel computo dei giorni per il pagamento dell'indennizzo saranno esclusi i giorni festivi e le domeniche, mentre i sabati saranno rimborsati al 50%.

Data la riduzione della morbilità stagionale nei mesi di giugno, luglio, agosto e settembre, individuata convenzionalmente nel 20 % (allegato F dell'A.C.N. 15 dicembre 2005 e successive modificazioni e integrazioni), **solo ed esclusivamente per i giorni di sostituzione che ricadono nei mesi di luglio e agosto** gli indennizzi spettanti all'assicurato saranno parimenti ridotti del 20%. **Tale riduzione non verrà applicata nei casi di infortuni certificati da Pronto Soccorso e nei casi di Insufficienza cardiaca, di Insufficienza renale cronica e di Patologie neoplastiche.**

- La tabella riportata **nell'allegato 1 e nell'allegato 3 alle condizioni di assicurazione** è sostituita dalla seguente:

Indennità giornaliera	Premio
€ 90	€ 260
€ 145	€ 360
€ 170	€ 590
€ 210	€ 790

FERMO TUTTO IL RESTO.

Generali Italia S.p.A.

GENERASALUTE RSM

Contratto di assicurazione per i primi 30 giorni di malattia o infortunio

(Mod. M85/854.CIPe - ed. 05/2015)

CIPe – polizza n. 361071238

Il presente Fascicolo informativo, contenente

- **Nota informativa, comprensiva del glossario**
- **Condizioni di Assicurazione**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

Data ultimo aggiornamento: 30/04/2015

Nota Informativa

Contratto di assicurazione per i primi 30 giorni di malattia o infortunio

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

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

GENERASalute RSM

GENERALI

GLOSSARIO

Annualità assicurativa	Si intende per annualità assicurativa il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la prima data di scadenza del contratto. Per le annualità assicurative successive è il periodo che intercorre tra la data di rinnovo e la successiva data di scadenza.
Assicurato	La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Condizioni di assicurazione	Il documento che disciplina in via generale il contratto di assicurazione.
Contraente	La persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione.
Day Hospital	La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.
Difetto fisico	Deviazione del normale assetto morfologico di un organismo o parti di esso dovuto a sviluppo somatico in soggetti già costituzionalmente predisposti o a condizioni traumatiche acquisite.
Durata contrattuale	Periodo durante il quale il contratto è efficace.
Franchigia	Per le garanzie che indennizzano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dall'indennizzo, che resta comunque a carico dell'Assicurato. Per le garanzie che prevedono un'indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento Chirurgico Ambulatoriale	L'intervento di chirurgia effettuato senza degenza, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, ago aspirato, infiltrazioni articolari.
Istituto di Cura	Ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici.
Nota informativa	Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la società deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Società, al contratto stesso e alle caratteristiche del contratto.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Sinistro	Il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società	Generali Italia S.p.A. che esercita le assicurazioni e le operazioni indicate all'Art. 2 del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209.

A. INFORMAZIONI GENERALI

1) Impresa di assicurazione

GENERALI ITALIA S.p.a., appartenente al gruppo Generali.

La sede legale è in Via Marocchesa, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) – ITALIA.

Recapito telefonico: 041.5492111; sito internet: www.generali.it; indirizzo di posta elettronica: info.it@generali.com.

L'impresa di assicurazione è autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato n. 289 del 2/12/1927, ed è iscritta al numero n. 1.00021 dell'Albo delle imprese di assicurazione.

Collegandosi al sito internet della Compagnia, accedendo alla sezione dedicata e seguendo le istruzioni riportate, il Contraente potrà registrarsi ed accedere alle informazioni sulle polizze sottoscritte.

2) Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Patrimonio netto al 31/12/2014: 11.717,211 milioni di euro di cui 1.618,628 relativi al capitale sociale e 9.322,025 al totale delle riserve patrimoniali.
Indice di solvibilità della gestione danni: 4,11 (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente)[1].

Si rinvia al sito internet della Società per la consultazione di eventuali aggiornamenti del fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Relativamente alla durata del contratto si precisa che lo stesso, se di durata non inferiore ad un anno e sempreché non derogato con apposita clausola, prevede il tacito rinnovo a scadenza.

Avvertenza: per esercitare la disdetta alla scadenza del contratto il Contraente o la Società devono inviare comunicazione a mezzo di lettera raccomandata entro il termine di 30 giorni prima della scadenza stessa. In tale caso l'assicurazione cessa in corrispondenza della scadenza cui si riferisce la disdetta. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 1.2 delle condizioni di assicurazione.

3) Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto garantisce agli Assicurati una copertura per il rimborso delle spese mediche per indennità giornaliera.

Per i dettagli delle garanzie previste dall'assicurazione, *operanti unicamente in relazione a quanto indicato in polizza*, si rinvia agli articoli del Capitolo 4 "Garanzie" delle condizioni di assicurazione e a quanto indicato nell'Allegato 1.

Sono salve ulteriori condizioni particolari concordabili tra le parti al momento della conclusione del contratto.

Avvertenza: il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative ovvero cause di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Dette limitazioni ed esclusioni sono contraddistinte nelle condizioni di assicurazione dal carattere corsivo. In particolare si rinvia agli articoli 1.1 (Pagamento del premio) e 2.4 (Esclusioni) delle condizioni di assicurazione.

Avvertenza: il contratto prevede franchigie, scoperti e massimali applicabili alle coperture assicurative. Si rinvia pertanto alle relative condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio. In particolare, si rinvia:

- agli articoli 3.3 (Somme assicurate e franchigie);
- all'Allegato 1 di polizza.

Per facilitare la comprensione del relativo meccanismo di funzionamento se ne illustrano di seguito alcune esemplificazioni numeriche.

Esempio di massimale
Somma assicurata per annualità assicurativa per la garanzia Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche di euro

[1] I dati sono riferiti all'ultimo bilancio approvato.

100.000,00.
Primo sinistro con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 50.000,00: indennizzo integrale.
Secondo sinistro occorso nella stessa annualità assicurativa con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 60.000,00: indennizzo pari a euro 50.000,00. (Massimale residuo dopo il primo sinistro euro 100.000,00-50.000,00 = euro 50.000,00. Anche se nel secondo sinistro sono stati spesi euro 60.000,00 ne verranno rimborsati solo euro 50.000,00 che corrispondono al massimale residuo per l'annualità assicurativa in questione).

Esempio di scoperto
Scoperto del 20% per la garanzia Rimborso spese extraricovero.
Sinistro con spese sostenute ed indennizzabili a termini di polizza pari a euro 500,00.
L'indennizzo delle spese sostenute è pari a euro 400,00 (500,00-100,00: dove 100,00 rappresenta il 20% delle spese sostenute ed indennizzabili a termini di polizza).

Esempio di franchigia
Franchigia di euro 1.000,00 per la garanzia Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche.
Sinistro con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 10.000,00.
L'indennizzo è pari a euro 9.000,00 (10.000,00-1.000,00: dove 1.000,00 rappresenta l'importo di franchigia).

Avvertenza: il contratto di assicurazione prevede un limite massimo di età di 75 anni. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia in particolare all'art. 2.3 ''Permanenza in assicurazione - limiti di età'' delle condizioni di assicurazione.

4) Periodi di carenza contrattuali

Avvertenza: relativamente alle garanzie dell'assicurazione Malattie non sussistono periodi di tempo - carenze - prima che le stesse siano operanti.

5) Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

Avvertenza: eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Per le relative conseguenze si rinvia all'art. 1.3 (Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni) delle condizioni di assicurazione.

6) Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione nei termini previsti dal contratto di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Per le conseguenze in caso di omessa comunicazione si rinvia a quanto previsto all'art. 2.2 ''Persone non assicurabili'' delle condizioni di assicurazione.

L'Assicurazione vale fino al permanere del rapporto di lavoro tra Assicurato e Contraente, qualora l'Assicurato non presti più servizio presso il Contraente, l'assicurazione cessa nei suoi confronti con effetto dalla prima scadenza annuale successiva alla risoluzione del rapporto di lavoro.

Qualora un Assicurato cambi inquadramento professionale e la nuova qualifica non sia più assimilabile alla categoria professionale indicata in contratto, l'assicurazione cessa nei suoi confronti con effetto dalla prima scadenza annuale successiva alla variazione.

Esempio:
L'Assicurato in corso di contratto diviene affetto da tossicodipendenza. In base a quanto previsto dall'art. 2.2 ''Persone non assicurabili'' delle condizioni di assicurazione, l'Assicurazione cessa nei suoi confronti dal momento della manifestazione della patologia.

7) Premi

Il contratto prevede, per ciascun anno o frazione d'anno di durata, la corresponsione da parte del Contraente di un premio.

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite P.O.S., per i pagamenti che avvengono in agenzia;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società o all'intermediario su ccp dedicato(*);
- con assegno circolare con clausola di intrasferibilità intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo dedicato(*);
- con assegno bancario(**) o postale(**) intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo

dedicato con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o su conto dedicato(*) dell'intermediario;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (SDD);
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Note:
(*) si tratta del conto separato previsto ai sensi dell'art. 117 del Codice delle Assicurazioni nonché ai sensi dell'articolo 54 del Reg. 5/2006 e si intende il conto corrente bancario che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.
(**) in relazione agli assegni bancari e/o postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, è facoltà dell'intermediario richiedere il pagamento del premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.

E' comunque rimessa agli intermediari la facoltà di accettare dal Contraente assegni bancari e/o postali a titolo di versamento dei premi assicurativi, purché muniti della clausola di non trasferibilità ed intestati a Generali Italia S.p.A.

Avvertenza: la Società o l'intermediario possono applicare sconti di premio con le seguenti modalità:

- *concordando con il Contraente limitazioni di garanzia;*
- *sulla base della numerosità degli Assicurati;*
- *sulla base di specifiche valutazioni di carattere commerciale.*

8) Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il contratto non prevede adeguamento del premio e delle somme assicurate.

9) Diritto di recesso

Avvertenza: il contratto prevede per la Società e per il Contraente la possibilità di recedere dal contratto stesso nei casi previsti dalla legge. Per i termini e modalità di esercizio si rinvia alle norme del Codice Civile.

10) Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

Avvertenza: resta fermo quanto previsto dall'art. 1915 del Codice Civile per cui se l'Assicurato dolosamente non adempie l'obbligo di avviso del sinistro perde il diritto all'indennizzo, mentre se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo la Società ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

11) Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

12) Regime fiscale

Il contratto è soggetto ad imposta sulle assicurazioni pari al 2,5% dell'importo del premio versato, ai sensi della legge 29 ottobre 1961, n° 1216 e successive modificazioni ed integrazioni.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13) Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: per le garanzie dell'assicurazione Malattie si precisa che:
- *l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide con la data del ricovero;*
- *la denuncia del sinistro deve essere fatta dall'Assicurato non appena ne ha avuto possibilità, corredata dalla necessaria documentazione medica;*
- *la Società può richiedere la visita medica in caso di sinistro.*

Per gli aspetti di dettaglio inerenti le procedure liquidative si rinvia agli articoli del Capitolo 3 "Norme operanti in caso di sinistro" delle condizioni di assicurazione.

14) Assistenza diretta – Convenzioni

Avvertenza: la polizza non prevede il pagamento diretto delle spese di ricovero o intervento ricorrendo alle Strutture Mediche Convenzionate.

15) Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:
Generali Italia S.p.A. – Tutela Cliente - Via Leonida Bissolati, 23 - Roma - CAP 00187 - fax 06 84833004 - e mail: reclami.it@generali.com.
La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Tutela Cliente.
Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) - Servizio Tutela del Consumatore - via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. In questi casi e per i reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore da presentarsi direttamente all'IVASS, nel reclamo deve essere indicato:

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

Il modulo per la presentazione del reclamo ad Ivass può essere scaricato dal sito www.ivass.it.

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

Prima di interessare l'Autorità giudiziaria, è possibile rivolgersi a sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale.

16) Arbitrato e Mediazione

Per la soluzione di controversie relative a questioni mediche in merito a sinistri infortuni e malattie è facoltà di entrambe le Parti di avvalersi di quanto previsto dalle clausole di arbitrato. Luogo dell'arbitrato sarà la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato. Si rinvia all'articolo 3.3 delle condizioni di assicurazione.
L'istanza di attivazione dell'arbitrato dovrà essere indirizzata a:
Generali Italia S.p.A.
Via Marocchesa 14 – 31021 – Mogliano Veneto (TV)
e-mail: generaliitalia@pec.generaligroup.com

Avvertenza: in ogni caso resta salva la facoltà di rivolgersi all'Autorità giudiziaria. A tal proposito la legge prevede la mediazione obbligatoria, che costituisce condizione di procedibilità, con facoltà di ricorrere preventivamente alla negoziazione assistita.
Le istanze di mediazione nei confronti della Società devono essere inoltrate per iscritto a:
Generali Italia S.p.A., Ufficio Atti Giudiziari (Area Liquidazione)
Via Silvio d'Amico, 40 – 00145 Roma
Fax 06.44.494.313
e-mail: generali_mediazione@pec.generaligroup.com

* * *

Generali Italia S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Generali Italia S.p.A.
Amministratore Delegato e Direttore Generale
Dott. Philippe Donnet



Condizioni di Assicurazione

Contratto di assicurazione per i primi 30 giorni di malattia o infortunio

GENERASalute RSM

GENERALI

1. NORME COMUNI

Art. 1.1

Entrata in vigore dell'assicurazione - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dal giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.
Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.
I premi o le rate di premio successivi al primo devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto e sono dovuti alle scadenze delle annualità assicurative successive alla prima come specificato all'art. 1.6 "Regolazione del premio".

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite P.O.S., per i pagamenti che avvengono in agenzia;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società o all'intermediario su ccp dedicato(*);
- con assegno circolare con clausola di intrasferibilità intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo dedicato(*);
- con assegno bancario(**) o postale(**) intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo dedicato con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o su conto dedicato(*) dell'intermediario;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (SDD);
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Note:
(*) si tratta del conto separato previsto ai sensi dell'art. 117 del Codice delle Assicurazioni nonché ai sensi dell'articolo 54 del Reg. 5/2006 e si intende il conto corrente bancario che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.
(**) in relazione agli assegni bancari e/o postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, è facoltà dell'intermediario richiedere il pagamento del premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.

E' comunque rimessa agli intermediari la facoltà di accettare dal Contraente assegni bancari e/o postali a titolo di versamento dei premi assicurativi, purché muniti della clausola di non trasferibilità ed intestati a Generali Italia S.p.A.

Art. 1.2

Proroga dell'assicurazione

Il contratto non prevede il tacito rinnovo e scadrà alla data prevista nel frontespizio di polizza.

Art. 1.3

Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società e risultanti dai documenti contrattuali.
Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.
Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

Art. 1.4

Oneri

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, all'assicurazione ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 1.5

Obblighi del Contraente

Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione:

- *il Contraente si obbliga a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione*.
- *gli Assicurati hanno la possibilità, collegandosi al sito internet della Compagnia, entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi, di accedere alle informazioni sulle posizioni assicurative sottoscritte.*

Il Contraente si impegna a fornire alla Società nome cognome, data di nascita, sesso e codice fiscale (se presente) degli assicurati al momento dell'entrata in copertura.
Il Contraente si impegna a comunicare agli assicurati eventuali trasferimenti di agenzia e operazioni societarie straordinarie.
La Società avrà il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente sarà tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie nonché ad esibire i libri paga.

Art. 1.6

Pagamento e regolazione del premio

Il premio annuo finito per Assicurato sarà determinato dal medico pediatra di libera scelta secondo la fascia di indennizzo prescelta, come indicato nella seguente tabella:

Indennità giornaliera	Premio
€ 90	€ 250
€ 130	€ 330
€ 160	€ 510
€ 190	€ 640

La garanzia decorrerà per ogni Assicurato dalle ore 24:00 del 01/01/2016, relativamente alle adesioni raccolte entro l'1/1/2016, e dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, relativamente alle adesioni raccolte entro e non oltre il 29/02/2016.

Dopo il 29/02/2016 l'adesione alla presente copertura è prevista solo per i Medici pediatri che instaurano nel corso del 2016 un rapporto di convenzione con il SSN.
In tal caso la decorrenza della copertura sarà dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese successivo all'adesione ed il premio dovuto sarà calcolato in pro-rata temporis
Il termine di scadenza della garanzia sarà per tutti gli Assicurati alle ore 24:00 del 01/01/2017.

Ciascun medico pediatra che aderisce alla presente polizza deve sottoscrivere, l'adeguatezza (allegato 2), l'atto di adesione (allegato 3) e il relativo modulo della privacy (allegato 4). La mancata sottoscrizione dei suddetti moduli comporta la non va-

lidità della copertura. La Contraente si impegna a mettere a disposizione tali modelli. Copia di tale documentazione deve essere conservata anche dall'agenzia.

La Società si riserva il diritto di sospendere il pagamento dei sinistri pendenti fino alle ore 24:00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.
Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per gli eventi accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 1.7

Riservatezza dei dati personali

Il Contraente si impegna a fornire agli assicurati l'Informativa Contrattuale, ai sensi dell'Art.13, del D.Lgs. n.196/03, allegata a queste Condizioni di assicurazione (Allegato 2) e a restituire alla Società il consenso dell'Assicurato.

Art. 1.8

Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana.

Art. 1.9

Gestione amministrativa del contratto

Ad integrazione di quanto previsto negli articoli 1.5, 1.6 e 1.7 delle condizioni di assicurazione si precisa quanto segue:

- La Contraente mette a disposizione dei propri aderenti una sezione del proprio sito web con la documentazione contrattuale prevista comprensiva dell'adeguatezza, l'atto di adesione e il relativo modulo della privacy. I medici pediatri di libera scelta che desiderano aderire alla polizza dovranno inviare tale documentazione all'Agenzia di Generali Italia di Messina (Viale Boccetta, 70 - 98122 Messina).
- La raccolta di tali modelli, la tenuta dell'elenco degli aderenti e la raccolta dei relativi premi saranno effettuate direttamente dall'Agenzia di Generali Italia di Messina. Pertanto, la Contraente per il tramite dell'Agenzia fornirà alla Società i dati degli assicurati e i relativi premi.

2. DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 2.1

Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 2.2

Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività H.I.V. o A.I.D.S.; al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto, l'assicurazione nei loro confronti viene a cessare indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'assicurato.

Art. 2.3

Permanenza in assicurazione - Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni.
Per coloro che compiono i 75 anni in corso di copertura, la stessa vale fino alla fine dell'annualità assicurativa e pertanto non si darà seguito a rimborso del premio che si considera acquisito; l'eventuale premio pagato per l'annualità successiva verrà restituito.

Art. 2.4

Esclusioni

Il rimborso non viene inoltre corrisposto qualora l'impossibilità a prestare la opera sia dovuta a:

a) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;

b) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;

c) gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;

d) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;

e) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;

f) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;

g) uso di aeromobili in genere, di apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo, salvo quelli che l'Assicurato subisca in qualità di passeggero durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri;

h) maternità, nei due mesi antecedenti la data presunta del parto e nei tre mesi successivi la data effettiva del parto (ai sensi della legge 379 dell'11/12/1990 e successive modificazioni e/o integrazioni);

i) interruzione volontaria della gravidanza (legge n. 194 del 22/05/1978 e successive modifiche);

j) aborto spontaneo o terapeutico, verificatosi nel periodo compreso tra l'inizio del terzo mese ed il termine del sesto mese (ai sensi della legge 379 dell'11/12/1990 e successive modificazioni e/o integrazioni);

k) cure termali

l) infermità mentale, secondo quanto stabilito dall'art.19 comma f dell'A.C.N.;

m) azioni dolose commesse o tentate dall'Assicurato, atti contro la propria persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, intendendosi invece compresi le conseguenze di atti compiuti per imperizia, imprudenza o negligenza

3. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 3.1

Denuncia del sinistro e termini di liquidazione

L'Assicurato, a guarigione avvenuta per ottenere l'indennizzo dovrà inviare direttamente alla Società la seguente documentazione:

- la fotocopia della fattura rilasciata dal medico sostituto, attestante la natura e il periodo della prestazione resa;
- il certificato medico e/o la dichiarazione di ricovero in Istituto di Cura con data di inizio e fine;
- la dichiarazione dell'ASL attestante le date di sospensione e ripresa dell'attività di medico pediatra convenzionato con il S.S.N.; in alternativa, la comunicazione di sostituzione timbrata dall'ASL.

Tale documentazione dovrà essere inoltrata a Area Liquidazione Infortuni e Malattie - Centro Liquidazione Malattie - Via Silvio D'Amico n° 40, CAP 00145 Roma (RM).
Entro i successivi 20 giorni lavorativi, l'Area Liquidazione Infortuni e Malattie - Centro Liquidazione Malattie, ricevuta la documentazione esatta e completa, provvederà ad effettuare l'ordine di pagamento direttamente all'assicurato, alle coordinate bancarie da lui indicate.
In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti.
- fornire tutta la documentazione (medica e non) che la società riterrà opportuno acquisire ai fini di una corretta e completa istruttoria del sinistro.

L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.»

Art. 3.2

Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un collegio arbitrale di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico arbitrale risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico arbitrale sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono esser raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico arbitrale sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 3.3

Somme assicurate – e franchigia

All'Assicurato verrà corrisposta un'indennità giornaliera determinata secondo la fascia di premio prescelta, come indicato nella seguente tabella:

Indennità giornaliera	Premio
€ 90	€ 250
€ 130	€ 330
€ 160	€ 510
€ 190	€ 640

Il suddetto indennizzo verrà così calcolato:

- dal 3° giorno di sostituzione e sino al 30° per gli infortuni e le malattie che non comportino ricovero in Istituto di Cura, solo per tre eventi all'anno, intervallati almeno da 30 giorni;
- dal 1° giorno di sostituzione e sino al 30° per gli infortuni e le malattie che comportino cure prestate in day hospital, day surgery o ricovero in Istituto di Cura, solo per tre eventi all'anno, intervallati almeno da 30 giorni;
- dal 1° giorno di sostituzione e sino al 30° nei casi di Insufficienza cardiaca, Insufficienza renale cronica o Patologie neoplastiche, per sei eventi all'anno intervallati almeno da 30 giorni. L'indennità verrà corrisposta fino ad un massimo di 120 giorni per annualità assicurativa.

Nel computo dei giorni per il pagamento dell'indennizzo saranno esclusi i giorni festivi e le domeniche.

4. GARANZIE

Art. 4.1

Oggetto dell'assicurazione

La Società corrisponderà all'Assicurato, che a causa di malattia o infortunio sia impossibilitato a prestare la propria opera e abbia comunicato tale impossibilità alla competente ASL e, quindi, sia stato sostituito da un altro medico, un'indennità giornaliera secondo quanto indicato al precedente articolo 3.3.

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

ALLEGATO 1 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CIPe – POLIZZA N. 361071238

<table>
<tr><th></th><th></th></tr>
<tr><td>A.1.Assicurati</td><td>I medici pediatri di libera scelta iscritti ad uno dei tre Sindacati aderenti alla Federazione CIPe-SISPe-SINSPe ed indicatii nell’apposito elenco tenuto dalle parti come elemento integrante della presente polizza/convenzione.</td></tr>
<tr><td>A.2.Premio</td><td>Il premio annuo finito per Assicurato sarà determinato dal medico pediatra di libera scelta secondo la fascia di indennizzo prescelta, come indicato nella seguente tabella:
<table>
<tr><th>Indennità giornaliera</th><th>Premio</th></tr>
<tr><td>€ 90</td><td>€ 250</td></tr>
<tr><td>€ 130</td><td>€ 330</td></tr>
<tr><td>€ 160</td><td>€ 510</td></tr>
<tr><td>€ 190</td><td>€ 640</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

ALLEGATO N. 2

ASSICURAZIONE MALATTIE AZIENDALE

Assicurazione Primi Trenta Giorni Malattia o Infortunio
(modello GeneraSalute RSM M85.CIPe)

Modulo adeguatezza *ex* artt. 52 e 56 Regolamento ISVAP 5/2006

Il presente modulo ha lo scopo di documentare il processo di raccolta di alcune informazioni utili a valutare l'adeguatezza del contratto alle Sue esigenze di copertura assicurativa.

Aderente/Assicurato (Cognome e Nome) _____

Codice fiscale _____

Domicilio (via, n. civico) _____

Comune _____

C.A.P. / Provincia _____/_____

La Sua esigenza assicurativa è relativa al rischio malattie ed è soddisfatta dalle garanzie principali sotto indicate?

Indennità giornaliera

☐ SI ☐ NO

Ha altre esigenze assicurative in relazione a uno o più rischi sopra indicati?

☐ SI ☐ NO

Se SI, quali?

_____

L'Aderente/Assicurato prende atto che

- **le dichiarazioni sopra riportate non determinano i contenuti delle garanzie, che restano regolati dal contratto;**
- **l'efficacia del contratto potrebbe dipendere da ulteriori specifiche dichiarazioni da rendere ai sensi di legge.**

L'Aderente/Assicurato dichiara inoltre di aver ricevuto copia del presente modulo.

Data e luogo _____ Firma dell'Aderente/Assicurato _____

Il contratto prevede clausole che indicano decadenze, esclusioni o limitazioni delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Aderente/Assicurato che possono essere riportati con caratteri di particolare evidenza.

ALLEGATO N. 3

Modulo di adesione alla polizza n. 361071238
Contraente : CIPe

DATI ANAGRAFICI DELL'ADERENTE/ASSICURATO

Cognome_____Nome_____

Codice Fiscale: _____ nato il _____

Via_____CAP_____Città_____Prov._____

Tel. _____ Fax _____ e-mail_____

Codice IBAN. _____

Sede di lavoro (Regione)_____

OPZIONE SCELTA

Il/La sottoscritto/a CHIEDE di aderire alle seguente opzione:

Barrare la corrispondente casella

Selezionare	Indennità giornaliera	Premio
☐	€ 90	€ 250
☐	€ 130	€ 330
☐	€ 160	€ 510
☐	€ 190	€ 640

DICHIARAZIONI

Il/La sottoscritto/a CONFERMA e DICHIARA:

1.	A) di aver ricevuto e di aver preso visione delle Condizioni di Assicurazione di cui alla polizza sopraindicata;		
	B) di aver preso visione dei moduli 7A e 7B e dell'Informativa Privacy;		
	C) di voler aderire alla polizza sopra indicata, accettandone integralmente e senza riserva alcuna tutte le condizioni contrattuali.		
	Aderente/Assicurato _____	**Data** _____	←
2.	Il sottoscritto dichiara di approvare espressamente, ai sensi ed agli effetti degli artt. 1341 e 1342 C.C, le disposizioni dei seguenti articoli delle condizioni che regolano l'assicurazione: Art.1.1 Entarata in vigore dell'assicurazione–Pagamento del premio; Art.1.2 Proroga dell'Assicurazione; Art.1.3 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni; Art.1.4 Oneri; Art.1.5 Obblighi del Contraente; Art. 1.6 Regolazione del premio; Art.2.2 Persone non assicurabili; Art.2.3 Permanenza in assicurazione–Limiti di età; Art.2.4 Esclusioni; Art.3.1 Denuncia del sinistro e termini di liquidazione; Art.3.2 Controversie.		
	Aderente/Assicurato _____	**Data** _____	←

ALLEGATO N. 4 **Polizza n°**

Informativa sul trattamento dei dati per fini assicurativi delle persone fisiche (art. 13 D. Lgs. 196/2003 - Codice Privacy)

La informiamo che la nostra Società, Titolare del trattamento, intende acquisire o già detiene i Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari ove indispensabili, al fine di prestare i servizi assicurativi[(1)] (danni, vita, previdenziali) richiesti o in Suo favore previsti, ivi compresi l'adempimento dei correlati obblighi normativi e la prevenzione di eventuali frodi assicurative.
I soli dati necessari per perseguire i fini suddetti, da Lei forniti od acquisiti da terzi, saranno trattati in Italia o all'estero con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento, o comunque operanti quali Titolari autonomi, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa[(2)].
Sempre nell'ambito del servizio assicurativo prestato, i Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ove necessario a soggetti, privati e pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in Italia o all'estero[(3)]. I Suoi dati non saranno diffusi.
Senza i Suoi dati – alcuni dei quali richiesti in forza di un obbligo di legge – non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi.
Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso di noi ed, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti previsti (rettifica, aggiornamento, cancellazione, opposizione etc.) rivolgendosi al Responsabile ex art. 7 della Società: *Privacy, Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto TV - fax 041.549.2235 – privacy.it@generali.com.*
Sul sito della Società troverà l'elenco aggiornato delle informative, dei Responsabili e delle categorie di soggetti a cui possono essere comunicati i dati, nonché le politiche privacy della nostra Società.

Consenso al trattamento dei dati per fini assicurativi

Ciò premesso, firmando il presente documento Lei autorizza il trattamento dei dati personali - eventualmente anche sensibili - da parte della nostra Società, la loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e il trattamento da parte di questi ultimi a fini assicurativi.

_____	_____	_____
(Luogo e data)	(Nome e cognome *leggibile*)	(Firma)

NOTE:

1. Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione o di previdenza complementare, raccolta dei premi, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
2. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, legali e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, ed altri erogatori convenzionati di servizi), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi di gestione dei contratti e delle prestazioni, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.
3. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari , pignoratari, vincolatari; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

GIPRY/100/04

Data ultimo aggiornamento: 19/03/2015

Pagina bianca