Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Allianz S.p.A. **Prodotto: "Universo Salute"**

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione contro i danni che offre prestazioni di indennità giornaliera e di rimborso spese mediche in caso di ricovero a seguito di infortunio, malattia o parto.

Che cosa è assicurato?

Sono previste tre configurazioni acquistabili in alternativa fra loro:

- ✓ Diaria: riconosce un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza
- ✓ Grandi interventi, malattie gravi e diaria: riconosce le spese sostenute durante il ricovero, nei 120 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi al ricovero per grande intervento chirurgico o per grave malattia e riconosce un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza in tutti gli altri casi di ricovero
- ✓ Globale spese mediche: riconosce le spese sostenute durante il ricovero, nei 120 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi al ricovero per infortunio, malattia o parto

Il prodotto offre ulteriori garanzie indicate nel DIP aggiuntivo Danni alla sezione "Che cosa è assicurato?/Opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo".

L'assicurazione è prestata entro i limiti delle somme assicurate e dei massimali puntualmente indicati nella Scheda di Polizza.

Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone affette da:

- ✗ alcolismo e tossicodipendenza
- ✗ sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)

Sezione Assistenza: servizio pubblico di pronto intervento.

Ci sono limiti di copertura?

! Si, sono presenti esclusioni, franchigie, scoperti, limiti di indennizzo per il cui dettaglio si rimanda alla sezione "Ci sono limiti di copertura?" del DIP aggiuntivo Danni.

Dove vale la copertura?

L'assicurazione vale in tutto il mondo, fatta eccezione per le seguenti prestazioni della Sezione Assistenza che valgono in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano:

- ✓ trasferimento da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo;
- ✓ organizzazione di visite specialistiche e accertamenti diagnostici a tariffe agevolate;
- ✓ invio di un medico;
- ✓ invio di un medico in viaggio;
- ✓ prestazioni della Temporary Inability Care.

Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato.
- In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Impresa secondo i termini e le modalità previste alla sezione "Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?/Cosa fare in caso di sinistro? del DIP aggiuntivo Danni.

Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione della polizza.
Puoi chiedere il frazionamento semestrale, quadrimestrale, trimestrale o mensile con una maggiorazione del premio rispettivamente del 3%, 4%, 5% e 5,6%. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze di frazionamento stabilite.
Puoi pagare il premio tramite:

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

Nel caso di frazionamento mensile il premio assicurativo può essere versato esclusivamente mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit) oppure mediante addebito su carta di credito per il cui dettaglio si rimanda al DIP aggiuntivo Danni.
Il premio è comprensivo delle imposte.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24 della data di pagamento del premio, sia essa contestuale o successiva alla data di sottoscrizione della Polizza e termina alla scadenza indicata nella Scheda di Polizza.
Possono essere previsti termini di aspettativa per il cui dettaglio si rimanda alla sezione "Quando comincia la copertura e quando finisce?" del DIP aggiuntivo Danni.
In assenza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto si rinnova tacitamente per un anno e così successivamente.
Il contratto non prevede la possibilità di sospendere le garanzie.

Come posso disdire la polizza?

Il contratto non prevede la possibilità di ripensamento dopo la stipulazione; di seguito sono indicate le modalità per l'esercizio del diritto di disdetta/recesso:

Diritto di disdetta alla scadenza contrattuale
Nel contratto di durata annuale o poliennale puoi disdettare alla scadenza indicata nella Scheda di Polizza inviando una lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della suddetta scadenza.

Diritto di recesso per poliennalità
Nel contratto di durata poliennale, che ha beneficiato della riduzione del premio di tariffa, non puoi recedere prima della scadenza indicata nella Scheda di Polizza.

Nel caso in cui inoltri disdetta ricorda che la garanzia cessa alla scadenza del contratto e non trova quindi applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'articolo 1901 del Codice Civile, secondo comma.

Assicurazione contro i danni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

Impresa Allianz S.p.A.

Prodotto "Universo Salute"

26/09/2020 – Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa.

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

Allianz S.p.A., con sede legale in Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00152, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con provvedimento del 21 dicembre 2005, Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz, Albo Gruppi Assicurativi n. 018, Telefono: +39 02 7216.1, Fax: +39 02 2216.5000, e-mail: allianz.spa@pec.allianz.it, sito Internet: www.allianz.it

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2019 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:
- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a **2.208** milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale, pari a **403** milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali, pari a **1.102** milioni di euro.

Si rinvia alla "Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria dell'impresa (SFCR)", disponibile sul sito internet dell'Impresa www.allianz.it e si riportano di seguito gli importi:
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a **2.852** milioni di euro;
- del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a **1.283** milioni di euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a **5.207** milioni di euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a **5.207** milioni di euro;

ed il valore dell'Indice di solvibilità (solvency ratio) della Società, pari a **183%.**

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Sezione Ricovero ed extra ricovero	
Configurazione Diaria	
Indennità giornaliera per ricovero	In caso di Ricovero in Struttura sanitaria a seguito di Malattia, Infortunio o parto, indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa riconosce all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza. **Altre prestazioni assicurate** **Contemporaneo ricovero di entrambi i coniugi** Qualora a seguito di Infortunio o Malattia indennizzabile a termini di Polizza ambedue i coniugi (o conviventi more uxorio), di cui almeno uno assicurato, siano ricoverati in Struttura sanitaria, l'Impresa riconosce all'Assicurato per ciascun giorno di contemporaneo Ricovero, l'Indennità giornaliera per ricovero indicata nella Scheda di Polizza maggiorata del 50%. **Ricovero all'estero** Qualora a seguito di Infortunio o Malattia indennizzabile a termini di Polizza l'Assicurato

	sia ricoverato in una Struttura sanitaria all'estero, l'Impresa riconosce all'Assicurato per ciascun giorno di degenza l'Indennità giornaliera per ricovero indicata nella Scheda di Polizza maggiorata del 50%. **Rimborso spese per accompagnatore e assistenza infermieristica domiciliare** In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa rimborsa le spese sostenute nella Struttura sanitaria per vitto e pernottamento di un accompagnatore o per l'assistenza infermieristica notturna prestata da personale diplomato. L'Impresa garantisce inoltre, in caso di Ricovero con Intervento chirurgico, indennizzabile a termini di Polizza, il rimborso delle spese documentate sostenute per l'assistenza da parte di personale infermieristico diplomato al domicilio dell'Assicurato.
Configurazione Grandi interventi, malattie gravi e diaria	
Ricovero per grandi interventi e malattie gravi	L'Impresa riconosce, in caso di Ricovero dell'Assicurato in Struttura sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia, per essere sottoposto ad un grande Intervento chirurgico o per una grave Malattia, le spese sostenute dall'Assicurato: a) durante il Ricovero per gli esami, gli accertamenti diagnostici, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le rette di degenza, gli onorari dei medici e delle équipe chirurgiche, i diritti di sala operatoria e il materiale d'intervento (ivi compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento stesso); b) nei 120 giorni che precedono il Ricovero per le visite mediche specialistiche, gli esami, gli accertamenti diagnostici, **purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il successivo Ricovero**; c) nei 120 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero per le prestazioni effettuate da medici, gli esami e gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da operatori sanitari in possesso di diploma di fisioterapista, nonché le cure termali, **purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero.** **Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero** In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa provvede: ▪ al pagamento diretto alla Struttura sanitaria convenzionata e all'équipe medico-chirurgica convenzionata delle spese sostenute durante il Ricovero, **solo nel caso in cui l'Assicurato abbia attivato l'operatività del servizio di pagamento diretto**; nel caso di utilizzo di équipe medico-chirurgica non convenzionata, l'Impresa rimborsa all'Assicurato le spese relative all'equipe; ▪ al rimborso all'Assicurato delle spese sostenute durante il Ricovero presso una Struttura sanitaria non convenzionata e in tutti i casi in cui non sia stato attivato il servizio di pagamento diretto; ▪ al rimborso all'Assicurato delle spese eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero. **Indennità giornaliera sostitutiva per ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, effettuato a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (considerandosi tale anche il caso in cui l'Assicurato sia soggetto al pagamento di eventuali ticket per il Ricovero), l'Impresa riconosce all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza. Qualora l'Assicurato sia ricoverato in una Struttura sanitaria all'estero, a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa riconosce per ciascun giorno di degenza l'Indennità giornaliera sostitutiva indicata nella Scheda di Polizza maggiorata del 50%. **Rimborso spese mediche prima e dopo il ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, effettuato a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero.
Ricovero per altri eventi diversi da grandi	**Indennità giornaliera per ricovero** In caso di Ricovero in Struttura sanitaria a seguito di Malattia, Infortunio o parto,

interventi e malattie gravi	indennizzabile a termini di Polizza, semprechè l'evento che ha determinato il Ricovero non sia una grave malattia o un grande intervento chirurgico, l'Impresa riconosce all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza. Qualora a seguito di Infortunio o Malattia indennizzabile a termini di Polizza ambedue i coniugi (o conviventi more uxorio), di cui almeno uno assicurato, siano ricoverati in Struttura sanitaria, l'Impresa riconosce all'Assicurato per ciascun giorno di contemporaneo Ricovero, l'Indennità giornaliera per ricovero indicata nella Scheda di Polizza maggiorata del 50%. Qualora l'Assicurato sia ricoverato in una Struttura sanitaria all'estero, l'Impresa riconosce per ciascun giorno di degenza l'Indennità giornaliera per ricovero indicata nella Scheda di Polizza maggiorata del 50%. **Rimborso spese mediche prima e dopo il ricovero** In caso di Ricovero a seguito di uno degli eventi indicati alla prestazione Indennità giornaliera per ricovero, indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato: a) nei 120 giorni che precedono il Ricovero per le visite mediche specialistiche, gli esami, gli accertamenti diagnostici, **purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il successivo Ricovero**; b) nei 120 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero per le prestazioni effettuate da medici, gli esami e gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da operatori sanitari in possesso di diploma di fisioterapista, nonché le cure termali, **purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero**. In caso di Ricovero dovuto a parto, indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa rimborsa**:** ▪ le spese eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero, in caso di Ricovero per parto cesareo; ▪ le spese eventualmente sostenute per le sole prestazioni effettuate dopo il Ricovero, in caso di Ricovero per parto non cesareo.
Altre prestazioni assicurate	**Ricovero con intervento chirurgico per gravi patologie** In caso di Ricovero che comporti un Intervento chirurgico fra quelli qui di seguito elencati: ▪ interventi per sostituzioni valvolari multiple; ▪ interventi determinati da neoplasie o aneurismi a carico dell'encefalo; ▪ interventi per sostituzioni valvolari con by-pass aortocoronarico; ▪ intervento per aneurismi aorta toracica; ▪ interventi per aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio; ▪ trapianto di cuore; ▪ trapianto di organi degli apparati digerente e respiratorio, l'Impresa riconosce all'Assicurato le spese previste dalla copertura assicurativa senza applicazione degli scoperti ove previsti. **Malattia oncologica** L'Impresa rimborsa, in aggiunta a quanto previsto dalla prestazione Ricovero per grandi interventi e malattie gravi: ▪ le spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici che abbiano confermato la diagnosi della Malattia oncologica, anche se non seguiti da Ricovero; ▪ le spese per le visite specialistiche e per le terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla Malattia oncologica sostenute entro 2 anni dalla dimissione del primo Ricovero relativo alla Malattia stessa e avvenuto in corso di contratto; ▪ le spese per l'assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 60 giorni successivi alla data di dimissione del Ricovero per Malattia oncologica. **Il massimo esborso, a carico dell'Impresa, non può superare complessivamente per tutte le prestazioni sopra indicate, l'importo indicato nella Scheda di Polizza per tutta la durata del contratto e per ogni Assicurato**. Contestualmente **al raggiungimento di tale limite, la presente garanzia decade relativamente all'Assicurato per cui sono state erogate le prestazioni.** **Espianto di organi** L'Impresa riconosce le spese relative al Ricovero del donatore per l'espianto di organi o

	parte di essi e quelle del relativo trasporto se l'Assicurato è il ricevente, oppure le sole spese relative al Ricovero per l'espianto di organi o parte di essi se l'Assicurato è il donatore vivente. **Rimborso spese per accompagnatore e assistenza infermieristica domiciliare** In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa rimborsa le spese sostenute nella Struttura sanitaria per vitto e pernottamento di un accompagnatore o per l'assistenza infermieristica notturna prestata da personale diplomato. L'Impresa garantisce inoltre, in caso di Ricovero con Intervento chirurgico, indennizzabile a termini di Polizza, il rimborso delle spese documentate sostenute per l'assistenza da parte di personale infermieristico diplomato al domicilio dell'Assicurato. **Prestazioni per il nascituro** L'Impresa riconosce le spese relative agli interventi finalizzati alla correzione di difetti fisici o malformazioni del feto, **purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla decorrenza del contratto**.
Configurazione Globale spese mediche	
Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero	L'Impresa riconosce, in caso di Ricovero dell'Assicurato in Struttura sanitaria, indennizzabile a termini di Polizza, a seguito di Infortunio o Malattia, le spese sostenute dall'Assicurato: a) durante il Ricovero per gli esami, gli accertamenti diagnostici, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le rette di degenza, gli onorari dei medici e delle équipe chirurgiche, i diritti di sala operatoria e il materiale d'intervento (ivi compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento stesso); b) nei 120 giorni che precedono il Ricovero per le visite mediche specialistiche, gli esami, gli accertamenti diagnostici, **purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il successivo Ricovero**; c) nei 120 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero per le prestazioni effettuate da medici, gli esami e gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da operatori sanitari in possesso di diploma di fisioterapista, nonché le cure termali, **purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero**. **Ricovero con attivazione di pagamento diretto in strutture sanitarie convenzionate** In caso di Ricovero, indennizzabile a termini di Polizza, **solo nel caso in cui l'Assicurato abbia attivato l'operatività del servizio di pagamento diretto**, l'Impresa provvede: ▪ al pagamento diretto alla Struttura sanitaria convenzionata e all'équipe medico-chirurgica convenzionata delle spese sostenute durante il Ricovero; in caso di utilizzo di équipe medico-chirurgica non convenzionata, l'Impresa rimborsa all'Assicurato le spese relative all'equipe; ▪ al rimborso all'Assicurato delle spese eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero. **Ricovero senza attivazione di pagamento diretto o in strutture sanitarie non convenzionate** In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza presso una Struttura sanitaria non convenzionata e in tutti i casi in cui non sia stato attivato il servizio di pagamento diretto, l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato: ▪ delle spese sostenute durante il Ricovero; ▪ delle spese eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero.
Indennità giornaliera sostitutiva per ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale	In caso di Ricovero, indennizzabile a termini di Polizza, a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (considerandosi tale anche il caso in cui l'Assicurato sia soggetto al pagamento di eventuali ticket per il Ricovero), l'Impresa riconosce all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza. Qualora l'Assicurato sia ricoverato in una Struttura sanitaria all'estero, a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa riconosce per ciascun giorno di degenza l'Indennità giornaliera sostitutiva indicata nella Scheda di Polizza maggiorata del 50%.

Rimborso spese mediche prima e dopo il ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale	In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero.
Altre prestazioni assicurate	**Ricovero con intervento chirurgico per gravi patologie** In caso di Ricovero che comporti un Intervento chirurgico fra quelli qui di seguito elencati: ▪ interventi per sostituzioni valvolari multiple; ▪ interventi determinati da neoplasie o aneurismi a carico dell'encefalo; ▪ interventi per sostituzioni valvolari con by-pass aortocoronarico; ▪ intervento per aneurismi aorta toracica; ▪ interventi per aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio; ▪ trapianto di cuore; ▪ trapianto di organi degli apparati digerente e respiratorio, l'Impresa riconosce all'Assicurato le spese previste dalla copertura assicurativa senza applicazione degli scoperti ove previsti. **Malattia oncologica** L'Impresa rimborsa, in aggiunta a quanto indicato alla prestazione Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero: ▪ le spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici che abbiano confermato la diagnosi della Malattia oncologica, anche se non seguiti da Ricovero; ▪ le spese per le visite specialistiche e per le terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla Malattia oncologica sostenute entro 2 anni dalla dimissione del primo Ricovero relativo alla Malattia stessa e avvenuto in corso di contratto; ▪ le spese per l'assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 60 giorni successivi alla data di dimissione del Ricovero per Malattia oncologica. **Il massimo esborso, a carico dell'Impresa, non può superare complessivamente per tutte le prestazioni sopra indicate, l'importo indicato nella Scheda di Polizza per tutta la durata del contratto e per ogni Assicurato**. Contestualmente **al raggiungimento di tale limite, la presente garanzia decade relativamente all'Assicurato per cui sono state erogate le prestazioni.** **Espianto di organi** L'Impresa riconosce le spese relative al Ricovero del donatore per l'espianto di organi o parte di essi e quelle del relativo trasporto se l'Assicurato è il ricevente, oppure le sole spese relative al Ricovero per l'espianto di organi o parte di essi se l'Assicurato è il donatore vivente. **Disturbi mentali** Si intendono compresi in garanzia i disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi, limitatamente alla prima manifestazione della Malattia nella vita dell'Assicurato, diagnosticata in corso di contratto, che comporti Ricovero ed ai successivi ricoveri, sempreché determinati dalla medesima Malattia ed avvenuti nel corso della stessa annualità assicurativa del primo Ricovero. In questo caso l'Impresa riconosce, le spese sostenute durante il Ricovero, nonché le spese sostenute nella Struttura sanitaria per vitto e pernottamento di un accompagnatore. **Il massimo esborso, a carico dell'Impresa, non può superare complessivamente per tutti i ricoveri, per ogni Assicurato, l'importo indicato nella Scheda di Polizza**. Contestualmente **al raggiungimento di tale limite, la presente garanzia decade relativamente all'Assicurato per cui è stata erogata la prestazione.** **Rimborso spese per accompagnatore e assistenza infermieristica domiciliare** In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa rimborsa le spese sostenute nella Struttura sanitaria per vitto e pernottamento di un accompagnatore o per l'assistenza infermieristica notturna prestata da personale diplomato. L'Impresa garantisce inoltre, in caso di Ricovero con Intervento chirurgico, indennizzabile a termini di Polizza, il rimborso delle spese documentate sostenute per l'assistenza da parte di personale infermieristico diplomato al domicilio dell'Assicurato.

	Prestazioni per il nascituro L'Impresa rimborsa le spese relative agli interventi finalizzati alla correzione di difetti fisici o malformazioni del feto, **purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla decorrenza del contratto**. **Prestazioni per il parto** In caso di Ricovero dovuto a parto, indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa provvede a riconoscere all'Assicurato: ▪ il rimborso delle spese sostenute durante il Ricovero; ▪ l'Indennità giornaliera sostitutiva indicata nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza, in caso di Ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, in sostituzione di quanto previsto al precedente punto; ▪ il rimborso delle spese eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero, in caso di parto cesareo; ▪ il rimborso delle spese eventualmente sostenute per le sole prestazioni effettuate dopo il Ricovero, in caso di parto non cesareo. **Prestazioni per il neonato** L'Impresa riconosce, in caso di parto indennizzabile a termini di Polizza, le spese sostenute per il Ricovero del neonato reso necessario da Infortunio, Malattia o per la correzione o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite. **La garanzia** prestata **ha vigore fino a un anno dalla nascita**, sempreché la Polizza sia stata regolarmente rinnovata e sia stato pagato il relativo Premio.
Sezione Assistenza	
Sezione Assistenza	Prestazioni di Assistenza a favore dell'Assicurato: **Assistenza sanitaria** Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione, trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione, trasferimento da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo, traduzione della documentazione medica, servizio di assistenza medica in collegamento telefonico 24 ore su 24, consulenza telefonica su viaggi e medicina, organizzazione di visite specialistiche e accertamenti diagnostici a tariffe agevolate, invio di un medico, invio di un medico in viaggio, collegamento continuo con il centro ospedaliero, interprete a disposizione all'estero, invio medicinali all'estero, anticipo denaro per spese mediche all'estero, familiare accanto, rientro al domicilio o rimpatrio sanitario, rientro/rimpatrio figli minori, trasferimento/rimpatrio della salma. **Temporary Inability Care** Le garanzie operano in seguito all'avvenuto Ricovero dell'Assicurato, causato da Infortunio, intervento specialistico o grave Malattia, presso un pronto soccorso, Day Hospital, Day Surgery od ospedale e, con la sola eccezione della garanzia "Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche" , qualora l'Assicurato riceva una **prognosi di Inabilità temporanea superiore a 7 giorni**: disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche, controllo a distanza delle condizioni di salute, organizzazione e presa in carico dei costi di trasposto verso centri medico-diagnostici, invio di un infermiere al domicilio, esami del sangue a domicilio, esame radiologico al domicilio, esame ecografico al domicilio, consegna esiti a domicilio, consegna medicinali a domicilio, ascolto e supporto psicologico, disbrigo pagamento utenze domiciliari, disbrigo faccende domestiche, ricovero auto. **Oppure, in alternativa a tutte le garanzie e servizi Temporary Inability Care precedentemente riportate, l'Assicurato ha diritto alla seguente prestazione:** Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita.
Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Sezione Ricovero ed extra ricovero	
Garanzia opzionale Rimborso spese prima e	In caso di Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia, indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato:

dopo il ricovero (acquistabile solo con la configurazione Diaria)	a) nei 120 giorni che precedono il Ricovero per le visite mediche specialistiche, gli esami, gli accertamenti diagnostici, **purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il successivo Ricovero**; b) nei 120 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero per le prestazioni effettuate da medici, gli esami e gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da operatori sanitari in possesso di diploma di fisioterapista, nonché le cure termali, **purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero**. In caso di Ricovero dovuto a parto, indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa rimborsa: ▪ le spese eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero, in caso di Ricovero per parto cesareo; ▪ le spese eventualmente sostenute per le sole prestazioni effettuate dopo il Ricovero, in caso di Ricovero per parto non cesareo.
Garanzia opzionale Indennità giornaliera per convalescenza	In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, a seguito di Infortunio, Malattia o parto cesareo, l'Impresa corrisponde, a titolo di convalescenza successiva al Ricovero, l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza, per lo stesso numero di giorni indennizzati per il Ricovero.
Garanzia opzionale Indennità giornaliera per ingessatura (acquistabile solo se presente la garanzia Indennità giornaliera per convalescenza)	In caso di Infortunio o Malattia indennizzabile a termini di Polizza che renda necessaria l'applicazione di Ingessatura, con o senza Ricovero, l'Impresa corrisponde all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza a partire dal giorno di applicazione dell'Ingessatura e fino al giorno di rimozione della stessa, rimozione che deve essere certificata da un medico. Nei soli casi di frattura ossea o di Lesione capsulo-legamentosa, clinicamente diagnosticata in ambiente clinico/ospedaliero o da medico specialista ortopedico/traumatologo secondo il quale non è ritenuta necessaria, fin dalla prima diagnosi, l'Ingessatura, come da definizione di Polizza, all'Assicurato viene riconosciuta l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza, per il periodo di immobilizzazione prescritto e certificato dal medico specialista ortopedico/traumatologo. **Se l'Infortunio o la Malattia ha determinato anche il Ricovero dell'Assicurato, la relativa Indennità giornaliera non è cumulabile con quella per Ingessatura, che viene riconosciuta a partire dal giorno di dimissione ospedaliera. L'eventuale Indennità giornaliera per convalescenza, finché coesistente con il periodo di Ingessatura, non è cumulabile con l'Indennità per Ingessatura, che viene riconosciuta, se di durata maggiore, a partire dalla cessazione dell'Indennità per convalescenza riconosciuta.** **L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata**.
Garanzia opzionale Accertamenti di alta diagnostica (acquistabile solo con la Configurazione Grandi interventi, malattie gravi e diaria e con la Configurazione Globale spese mediche)	L'Impresa rimborsa le spese per gli esami di alta diagnostica sotto elencati, resi necessari da Malattia o Infortunio, anche se non collegate a un Ricovero: ▪ Angiografia ▪ Diagnostica istologica e citologica (biopsia) ▪ Cistografia ▪ Cistouretrografia ▪ Cistoscopia ▪ Colangiografia ▪ Coronarografia ▪ Dacriocistografia ▪ Diagnostica Endoscopica dell'apparato digerente ed urologico ▪ Diagnostica Endoscopica dell'apparato urogenitale ▪ Ecocardiografia a riposo e da sforzo ▪ Ecodoppler ▪ Ecografia Intravascolare ▪ Ecografia Trans-Esofagea ▪ Ecotomografia ▪ Esame Holter ▪ Esami Istopatologici ▪ EEG Mapping (Mapping del cervello) ▪ Elettromiografia (EMG) ▪ Elettroneurografia (ENG) ▪ Elettronistagmografia ▪ Fibrobroncoscopia

	▪ Fistolografia ▪ Fluoroangiografia Oculare ▪ Galattografia ▪ Isterosalpingografia ▪ Laparoscopia ▪ Linfografia ▪ Mammografia digitale ▪ Mielografia ▪ Mineralogia ossea computerizzata (MOC) ▪ Pet – Tomografia ad Emissione di Positroni ▪ Polisonnografia ▪ Potenziali evocati motori (PEM) ▪ Potenziali evocati somatosensoriali (PESS) ▪ Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) ▪ Scialografia con Contrasto ▪ Scintigrafia ▪ SPECT – Tomografia ad emissione di fotone singolo ▪ Splenoportografia ▪ Studio urodinamico ▪ Stroboscopia laringea digitale ▪ Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) ▪ Tomografia Ottica Computerizzata (OTC) ▪ Test del respiro ▪ Urografia ▪ Vesciculodeferentografia ▪ Wirsungrafia
Garanzia opzionale Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e riabilitazione (acquistabile solo se presente la garanzia Accertamenti di alta diagnostica)	L'Impresa rimborsa le spese sostenute per: ▪ onorari medici per visite specialistiche rese necessarie da Malattia o Infortunio ▪ accertamenti diagnostici resi necessari da Malattia o Infortunio e prescritti dal medico curante ▪ trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti dal medico curante e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione non collegate a un Ricovero e **non rientranti tra quelle previste dalla garanzia Accertamenti di alta diagnostica.** Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) devono riportare l'indicazione della specialità del medico che, dovrà risultare, ai fini del rimborso, attinente alla patologia diagnosticata.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Ci sono limiti di copertura?

ESCLUSIONI	
Sezione Ricovero ed extra ricovero	
Esclusioni	**L'Assicurazione non vale** per le spese mediche e i ricoveri dovuti a: a) conseguenze dirette di infortuni, nonché di malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici in genere che abbiano dato origine a cure e/o ad accertamenti diagnostici anteriormente alla decorrenza del contratto e sottaciuti all'Impresa con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione; b) cure dei disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi; c) intossicazioni e patologie direttamente conseguenti ad abuso clinicamente accertato di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco; d) patologie correlate alla infezione da HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita

	(AIDS); e) prestazioni dietologiche e prestazioni di medicina e chirurgia estetica, salvo per intervento di chirurgia plastica ricostruttiva, correlabile ad Infortunio o neoplasia maligna indennizzabili a termini di Polizza, effettuato una sola volta dopo l'Intervento chirurgico demolitivo; f) acquisto, manutenzione, riparazione e spese per la sostituzione di dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi, salvo quelli applicati durante l'intervento; g) conseguenze dirette o indirette di reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate, salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato stesso per terapie mediche; h) necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza, quando siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; i) necessità dell'Assicurato di essere assistito in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, ancorché nell'ambito di una Struttura sanitaria; j) conseguenze di infortuni causati da ubriachezza (con tasso alcolemico superiore o uguale a 1,5 g/l), uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco; k) infortuni causati da partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, fatta eccezione per gli infortuni sofferti in conseguenza di imprudenze o negligenze anche gravi dell'Assicurato; l) infortuni causati da guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche; la copertura assicurativa vale tuttavia per gli infortuni subiti mentre l'Assicurato si trova al di fuori della propria nazione di residenza, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione, e semprechè l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in una nazione sino ad allora in condizioni di pace e purchè non vi abbia partecipato in modo volontario. È sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino; m) conseguenze di partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale; n) infortuni causati da pratica di sport aerei in genere o da uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura; o) infortuni causati da pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente; p) prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio della professione; q) trattamenti terapeutici di agopuntura, salvo quelli effettuati da personale medico durante il Ricovero; r) cure e interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fatta eccezione per difetti fisici o malformazioni preesistenti e non noti all'Assicurato al momento della stipulazione; s) terapie, di qualsiasi tipo, dell'impotenza, della sterilità e della fecondazione assistita; t) interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica; u) cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del periodonto, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da Infortunio o effettuate entro 360 giorni dal Ricovero per una Malattia neoplastica indennizzabile a termini di Polizza sempreché rese necessarie dalla Malattia stessa; v) interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare; w) necessità di praticare check-up clinici; x) procedure mediche e interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari.

Sezione Assistenza	
Esclusioni	È escluso dall'Assicurazione ogni Indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da: a) danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere; b) scioperi, sommosse, tumulti popolari; c) coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio; d) confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale; e) atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa; f) viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali; g) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura; h) esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti; i) materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico; j) inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale; k) dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere; l) atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo; m) abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni; n) infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta; o) suicidio o tentativo di suicidio; p) epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo; q) quarantene. Sono, inoltre, escluse le prestazioni in dipendenza di: r) esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai; s) infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti; t) interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni; u) cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie; v) cure ed interventi per l'eliminazione di difetti fisici, di malformazioni congenite, cure riabilitative, infermieristiche, dimagranti o termali, applicazioni di carattere estetico e di protesi in genere; w) espianto/trapianto di organi. Sono escluse le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.

SCOPERTI, FRANCHIGIE, LIMITI DI INDENNIZZO	
Sezione Ricovero ed extra ricovero	
Configurazione Diaria	
Indennità giornaliera per ricovero	Limite di indennizzo
Altre prestazioni assicurate:	
▪ Rimborso spese per accompagnatore e assistenza infermieristica domiciliare	Limite di indennizzo
Garanzie aggiuntive:	
Rimborso spese mediche prima e dopo il ricovero	Scoperto*
Indennità giornaliera per convalescenza	Limite di indennizzo
Indennità giornaliera per ingessatura	Limite di indennizzo
* nessuno scoperto su prestazioni prenotate tramite Clinica Amica presso Strutture sanitarie convenzionate e su i ticket per prestazioni a totale carico del SSN; scoperto su prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate.	
Configurazione Grandi interventi, malattie gravi e diaria	
Ricovero per grandi interventi e malattie gravi:	
▪ Spese durante il ricovero senza attivazione pagamento diretto o in strutture sanitarie non convenzionate	Scoperto
▪ Spese prima e dopo il ricovero	Scoperto*
▪ Indennità giornaliera sostitutiva per ricovero a totale carico del SSN	Limite di indennizzo
▪ Rimborso spese mediche prima e dopo il ricovero a totale carico del SSN	Scoperto*
Ricovero per altri eventi diversi da grandi interventi e malattie gravi:	
▪ Indennità giornaliera per ricovero	Limite di indennizzo
▪ Rimborso spese mediche prima e dopo il ricovero	Scoperto*
▪ Rimborso spese mediche prima e dopo il ricovero per parto (se non cesareo solo spese dopo il ricovero)	Scoperto*
Altre prestazioni assicurate:	
▪ Malattia oncologica	Scoperto*
▪ Rimborso spese per accompagnatore e assistenza infermieristica domiciliare	Limite di indennizzo
Garanzie aggiuntive:	
Indennità giornaliera per convalescenza	Limite di indennizzo
Indennità giornaliera per ingessatura	Limite di indennizzo
Accertamenti di alta diagnostica	Scoperto*
Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e riabilitazione	Scoperto*
* nessuno scoperto su prestazioni prenotate tramite Clinica Amica presso Strutture sanitarie convenzionate e su i ticket per prestazioni a totale carico del SSN; scoperto su prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate.	
Configurazione Globale spese mediche	
Spese durante il ricovero	Franchigia opzionale
Spese prima e dopo il ricovero	Scoperto*
Indennità giornaliera sostitutiva per ricovero a totale carico del SSN	Limite di indennizzo

Rimborso spese mediche prima e dopo il ricovero a totale carico del SSN	Scoperto*
Altre prestazioni assicurate:	
▪ Malattia oncologica	Scoperto*
▪ Rimborso spese per accompagnatore e assistenza infermieristica domiciliare	Limite di indennizzo
▪ Prestazioni per il parto	Scoperto*
Garanzie aggiuntive:	
Indennità giornaliera per convalescenza	Limite di indennizzo
Indennità giornaliera per ingessatura	Limite di indennizzo
Accertamenti di alta diagnostica	Scoperto*
Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e riabilitazione	Scoperto*
* nessuno scoperto su prestazioni prenotate tramite Clinica Amica presso Strutture sanitarie convenzionate e su i ticket per prestazioni a totale carico del SSN; scoperto su prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate.	
Sezione Assistenza	
Assistenza sanitaria: ▪ Second Opinion – Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione ▪ Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione ▪ Traduzione della documentazione medica ▪ Invio di un medico ▪ Invio di un medico in viaggio ▪ Interprete a disposizione all'estero ▪ Invio medicinali all'estero ▪ Anticipo denaro per spese mediche all'estero ▪ Familiare accanto ▪ Rientro / Rimpatrio figli minori	Limite di indennizzo
Temporary inability care: ▪ Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche ▪ Invio di un infermiere al domicilio ▪ Esami del sangue a domicilio ▪ Esame radiologico al domicilio ▪ Esame ecografico al domicilio ▪ Consegna esiti a domicilio ▪ Consegna medicinali a domicilio ▪ Disbrigo pagamento utenze domiciliari ▪ Disbrigo faccende domestiche	Limite di indennizzo
Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita: ▪ Disbrigo pagamento utenze domiciliari ▪ Disbrigo faccende domestiche ▪ Protezione abitazione	Limite di indennizzo
Esemplificazione dell'applicazione di scoperto e/o franchigia	
Scoperto previsto in polizza 20% ▪ Spese sostenute durante il ricovero: euro 10.000 ▪ Applicazione Scoperto: euro 10.000 – 20% = euro 8.000 indennizzati ▪ Restano a carico dell'Assicurato euro 2.000	

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro Sezione Ricovero ed extra ricovero** In caso di Sinistro, **il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia scritta** all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo **entro 15 giorni dal verificarsi del Sinistro o dalla data di dimissione dalla Struttura sanitaria**. **L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.** Per tutte le modalità di liquidazione delle prestazioni, **il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve:** ▪ fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa alla Malattia e/o all'Infortunio che hanno determinato il Ricovero; ▪ fornire copia dei certificati medici di prescrizione per le eventuali prestazioni extra ricovero; ▪ presentare gli originali delle notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate relative alle spese sostenute. **L'Assicurato deve** altresì: ▪ sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa; ▪ fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Nel caso in cui, durante il periodo di cura, sopravvenga la morte dell'Assicurato, **il Contraente** – se diverso dall'Assicurato – **o i suoi eredi legittimi devono darne immediato avviso all'Impresa** e gli adempimenti di cui sopra dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.
	Assistenza diretta / in convenzione **Sezione Ricovero ed extra ricovero** **Circuito convenzionato Clinica Amica** Il contratto prevede, nelle configurazioni Grandi interventi, malattie gravi e diaria e Globale spese mediche, il servizio di pagamento diretto; se attivato l'Impresa provvede al pagamento delle spese previste dalla copertura assicurativa e sostenute durante il Ricovero, direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata e all'équipe medico-chirurgica se convenzionata **Sezione Assistenza** Le garanzie ed i servizi di Assistenza sono prestati dall'Impresa tramite la Centrale Operativa di AWP
	Gestione da parte di altre imprese **Sezione Ricovero ed extra ricovero** In caso di necessità di Ricovero, per attivare il servizio di pagamento diretto **il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve preventivamente contattare Clinica Amica** ai seguenti recapiti, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno: ▪ Numero verde 800686868 ▪ dall'estero +39 02 26609167 ▪ e-mail salute@allianz.com formalizzando così anche la denuncia del Sinistro. Inoltre, Clinica Amica può essere contattata anche tramite l'App AllianzNOW, scaricabile gratuitamente sui dispositivi abilitati. In caso di impossibilità a contattare preventivamente Clinici Amica, è possibile richiedere l'attivazione del pagamento diretto anche durante il Ricovero dell'Assicurato nella Struttura sanitaria convenzionata. Dopo avere comunicato a Clinica Amica: ▪ numero di polizza; ▪ nome e cognome dell'Assicurato che richiede il servizio; ▪ recapito telefonico e/o indirizzo e-mail Clinica Amica verifica la posizione amministrativa dell'Assicurato, chiede l'invio della documentazione medica necessaria per valutare se è possibile autorizzare la prestazione

	e provvede ad attivare il servizio di pagamento diretto presso la Struttura sanitaria convenzionata scelta. Per beneficiare del rimborso senza applicazione dello Scoperto previsto dalle Condizioni di assicurazione per le eventuali spese extra ricovero, relative a: ▪ spese mediche sostenute prima e dopo il Ricovero ▪ Accertamenti di alta diagnostica ▪ Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e riabilitazione se operanti per l'Assicurato, **il Contraente**, **l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve preventivamente contattare Clinica Amica per prenotare la prestazione eseguibile presso una Struttura sanitaria convenzionata.** Per prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, **l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione dello Scoperto previsto dalle Condizioni di assicurazione alla Sezione Ricovero ed extra ricovero.** Qualora, successivamente alla prenotazione effettuata tramite Clinica Amica, il rimborso dovesse comunque risultare, per qualsiasi motivo, non dovuto a termini di Polizza, **l'Impresa non procederà ad alcuna liquidazione**. **La prenotazione effettuata tramite Clinica Amica non costituisce conseguentemente conferma dell'operatività della garanzia**. **Sezione Assistenza** **Il Contraente o l'Assicurato** può richiedere l'attivazione e l'erogazione delle prestazioni di Assistenza **contattando telefonicamente** la Centrale Operativa chiamando i seguenti numeri: ▪ numero verde 800 68 68 68 dall'Italia ▪ numero + 39 02 26 609 166 (anche per chiamate dall'estero) ▪ telefax +39 02 26 624 035 indicando con precisione: ▪ il tipo di assistenza di cui necessita; ▪ cognome e nome; ▪ indirizzo e luogo da cui chiama; ▪ eventuale recapito telefonico; ▪ il numero di Polizza. **La richiesta di rimborso** delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa, **dovrà essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi in originale a**: Ufficio Liquidazione Sinistri Assistenza AWP Service Italia S.c.a.r.l. Casella Postale 302 Via Cordusio 4 – 20123 Milano (Mi) **Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate.** Inoltre, per facilitare la pratica di rimborso, si ricorda di: ▪ farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla richiesta di Assistenza, il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo; ▪ comunicare, insieme alla documentazione del danno, il codice IBAN del conto corrente sul quale si chiede di effettuare il bonifico ed il proprio codice fiscale.
	Prescrizione I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in **2 anni.**
Dichiarazioni inesatte e reticenti	Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti (ad esempio la dichiarazione inesatta o reticente relativa alle domande poste nel Questionario sanitario), o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio (ad esempio la mancata comunicazione, in corso di contratto, della sopravvenienza di una delle affezioni indicate in polizza come "non assicurabili" – come ad esempio alcolismo o tossicodipendenza) possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
	Questionario sanitario È necessario verificare l'esattezza delle risposte alle domande poste dal Questionario sanitario riportato nella Scheda di Polizza e che le stesse rispondano al vero.

Obblighi dell'Impresa	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Quando e come devo pagare?

Premio	Nel contratto puoi convenire che alla scadenza di ogni rata annuale il premio, le somme assicurate e/o i massimali ed i limiti di indennizzo siano automaticamente adeguati in una percentuale fissa del 2,5%; qualora l'indice sanitario ISTAT fosse superiore a tale percentuale, verrà preso a riferimento l'indice sanitario ISTAT. L'adeguamento/rivalutazione non è operante per la Sezione Assistenza. Inoltre il Premio indicato nella Scheda di Polizza - con esclusione di quello relativo alla sezione Assistenza - viene rideterminato ad ogni scadenza annua, in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	**Termini di aspettativa** **L'Assicurazione ha effetto** dalle ore 24: ▪ del giorno di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Infortunio; ▪ del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Malattia; ▪ del 180° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di malattie che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici insorti anteriormente alla decorrenza della Polizza, **purché non conosciuti al momento della stipulazione o, se conosciuti, purché dichiarati all'Impresa e non esplicitamente esclusi**; ▪ dal 300° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di parto. Qualora la presente Polizza sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra riguardante gli stessi Assicurati e le stesse garanzie, gli anzidetti termini operano dalle ore 24: ▪ del giorno di decorrenza della precedente Polizza per le prestazioni e le somme assicurate dalla stessa; ▪ del giorno di decorrenza della presente Polizza, limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori somme eventualmente assicurate.
Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a chi vuole tutelare sé stesso e/o i suoi familiari in caso di ricovero per malattia, infortunio o parto.
La possibilità di accedere al prodotto per persone di età superiore ai 74 anni potrà essere discrezionalmente valutata dall'Impresa.
L'accesso al prodotto è subordinato alla valutazione dell'esito del questionario sanitario.

Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari per la commercializzazione del Prodotto in oggetto è pari al 24%.

COME PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità: • Con lettera inviata ad Allianz S.p.A. – Pronto Allianz Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano; • tramite il sito internet dell'Impresa – www.allianz.it - accedendo alla sezione Reclami. L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro, potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie. I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari bancari e dei broker e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire ad Allianz S.p.A. la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all' Impresa e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte dell'Impresa. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER I CONSUMATORI – RECLAMI - Guida", nonché sul sito dell' Impresa www.allianz.it alla Sezione "Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS. I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono: - nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; - individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; - breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; - copia del reclamo presentato all'Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; - ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (obbligatoria)	Può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelle presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito **www.giustizia.it** (Legge 9/8/2013 n.98).
Negoziazione assistita	Può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria.

Risoluzione delle liti transfrontaliere	Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede in un altro stato membro, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito

	http://www.ec.europa.eu/fin-net), o - se il contraente ha domicilio in Italia - all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

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

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

Assicurazione rimborso spese mediche

Universo Salute

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Edizione 247 - 01/01/2019

Allianz S.p.A. -Sede Legale Piazza Tre Torri, 3-20145 Milano-Telefono +39 02 7216.1-Fax +39 02 2216.5000
allianz.spa@pec.allianz.it-CF, Reg. Imprese MI n.05032630963-Rapp. Gruppo IVA Allianz P. IVA n.01333250320
Cap. Soc. euro 403.000.000 i.v.-Albo Imprese Assicurazione n.1.00152-Capogruppo Gruppo Assicurativo Allianz
Albo Gruppi Assic. n.018-Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE-Monaco

Allianz

Allianz

Servizio Clienti

Pronto Allianz
800-68-68-68

NOW Allianz

AllianzNOW, la tua protezione in tempo reale.

Scarica gratuitamente la nuova App dei clienti Allianz per ricevere assistenza, gestire sinistri e utilizzare tutti gli altri servizi direttamente dal tuo telefonino. Tutti i giorni, 24 ore al giorno. Basta solo il tuo **codice fiscale** e il numero della tua polizza

Scarica l'App

SERVCL35 - 111

Allianz S.p.A.-Sede Legale Piazza Tre Torri, 3-20145 Milano-Telefono +39 02 7216.1-Fax +39 02 2216.5000
allianz.spa@pec.allianz.it-CF, Reg. Imprese MI n.05032630963-Rapp. Gruppo IVA Allianz P.IVA n.01333250320
Cap. Soc. euro 403.000.000 i.v.-Albo Imprese Assicurazione n.1.00152-Capogruppo Gruppo Assicurativo Allianz
Albo Gruppi Assicurativi n.018-Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE-Monaco

Glossario

Ambulatorio: struttura o centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni medico-chirurgiche, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.
Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicurazione: il contratto di Assicurazione.
Attività professionale: attività che viene svolta dall'Assicurato a carattere continuativo, abituale e remunerativo o che presuppone una conoscenza tecnica particolare.
Centrale Operativa: la struttura organizzativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l. che, in conformità al Regolamento ISVAP nr. 12 del 9 gennaio 2008, provvede 24 ore su 24 tutto l'anno, al contatto telefonico con l'Assicurato, organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza.
Clinica Amica: il servizio che offre il circuito di Strutture sanitarie convenzionate.
Contraente: persona fisica o giuridica che stipula il contratto di Assicurazione.
Day Hospital/Day Surgery: Ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisca in giornata a seguito di terapie mediche (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery).
Franchigia: la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Impresa: Allianz S.p.A.
Inabilità temporanea: temporanea incapacità, totale o parziale, di attendere alle attività professionali per un periodo di tempo limitato.
Indennizzo/Indennità: somma dovuta dall'Impresa all'Assicurato in caso di Sinistro.
Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Ingessatura: mezzo di contenzione, fisso e rigido, formato da fasce gessate o da bendaggi o da altro apparecchio che immobilizza completamente un'articolazione o un segmento scheletrico e che non può essere rimosso autonomamente.
Intervento chirurgico: atto terapeutico realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature ad essi alternativi.
Lesione capsulo-legamentosa: lacerazione parziale o completa delle strutture (capsula articolare e legamenti) che tengono unite le articolazioni.
Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
Polizza: documento attestante l'esistenza del contratto di Assicurazione.
Premio: somma dovuta dal Contraente all'Impresa a titolo di corrispettivo per la prestazione.
Ricovero: degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria, il Day Hospital, il Day Surgery e l'Intervento chirurgico ambulatoriale.
Scoperto: la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Sinistro: verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.
Struttura sanitaria: ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Strutture sanitarie gli Stabilimenti Termali, le Case di Convalescenza e Soggiorno, gli Ospizi per anziani, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).
Struttura sanitaria convenzionata: ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera come sopra definite ed ogni centro diagnostico e centro medico facente parte del circuito Clinica Amica.

Allianz S.p.A.-Sede Legale Piazza Tre Torri, 3-20145 Milano-Telefono +39 02 7216.1-Fax +39 02 2216.5000
allianz.spa@pec.allianz.it-CF, Reg. Imprese MI n.05032630963-Rapp. Gruppo IVA Allianz P.IVA n.01333250320
Cap. Soc. euro 403.000.000 i.v.-Albo Imprese Assicurazione n.1.00152-Capogruppo Gruppo Assicurativo Allianz
Albo Gruppi Assicurativi n.018-Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE-Monaco

Condizioni di assicurazione

AVVERTENZA: Le Condizioni di assicurazione contengono rinvii alla Scheda di Polizza che costituisce parte integrante della documentazione contrattuale.

Indice

CHECK UP SALUTE 3

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE 4

2. SEZIONE RICOVERO ED EXTRA RICOVERO 6

- **DIARIA** 6
  - GARANZIA BASE 6
  - GARANZIE OPZIONALI 7
- **GRANDI INTERVENTI, MALATTIE GRAVI E DIARIA** 7
  - GARANZIA BASE 7
  - GARANZIE OPZIONALI 10
- **GLOBALE SPESE MEDICHE** 12
  - GARANZIA BASE 12
  - GARANZIE OPZIONALI 15
- **ESCLUSIONI E OPERATIVITA'** 17

3. SEZIONE ASSISTENZA 18

4. IN CASO DI SINISTRO 27

- **RICOVERO ED EXTRA RICOVERO** 27
- **ASSISTENZA** 29

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA 29

ELENCO GRAVI MALATTIE 31

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI 31

TABELLA COEFFICIENTI PER ETA' 33

MPACGA - 018

Condizioni di assicurazione

CHECK UP SALUTE

Universo Salute offre un servizio di medicina preventiva che consente, a partire dalla decorrenza della polizza e senza alcun costo aggiuntivo, a tutti gli Assicurati che abbiano compiuto 18 anni di età, di beneficiare di un Check up Salute a scelta tra i due seguenti programmi di medicina preventiva:

A. Check up diagnostico, che comprende esami per:
- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Creatininemia
- Esame Emocromocitometrico
- Esame urine completo
- Valutazione piastrinica
- Formula leucocitaria
- Sideremia
- Gamma GT
- Glicemia
- GOT
- GPT
- Trigliceridi
- PSA (per gli uomini)
- Pap test (per le donne)

B. Check up specialistico, alternativo al precedente, che prevede una visita specialistica a scelta tra le seguenti:
- Visita dermatologica e controllo nevi
- Visita cardiologica
- Visita urologica
- Visita ginecologica
- Visita oculistica

Ciascun Assicurato può effettuare il Check up Salute prescelto al massimo una volta ogni due anni, presso una Struttura sanitaria convenzionata con AWP Service Italia S.c.a.r.l., contattando preventivamente la Centrale Operativa al Numero Verde 800.68.68.68 per la relativa prenotazione.

A garanzia della massima riservatezza, gli esiti del Check up saranno rilasciati solo ed esclusivamente all'Assicurato.

Non saranno prese in considerazione richieste di rimborso per esami effettuati e pagati dall'Assicurato senza preventiva autorizzazione della Centrale Operativa.

Condizioni di assicurazione

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

(Valido solo se selezionato in Scheda di Polizza il frazionamento annuale, semestrale, quadrimestrale, trimestrale)

Art. 1.1a - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati come attestato da apposita ricevuta rilasciata dall'Impresa; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.
Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fino alle successive scadenze.
I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza oppure all'Impresa e sono dovuti per l'intera annualità anche se sono frazionati in più rate.
Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

(Valido solo in caso di frazionamento mensile con pagamento del premio mediante procedura SDD - Sepa Direct Debit)

Art. 1.1b - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.
I premi, secondo il frazionamento prescelto, sono pagati mediante addebito periodico - procedura SDD (**Sepa Direct Debit**) - sul rapporto di conto corrente intrattenuto dal Contraente con la propria Banca e sono dovuti per l'intera annualità.
Nel caso di modifica nel corso dell'annualità assicurativa del rapporto di conto corrente mediante il quale i premi sono pagati tramite procedura SDD, il Contraente **è tenuto a darne immediata comunicazione all'Impresa**, fornendo gli estremi identificativi del nuovo rapporto di conto corrente e sottoscrivendo una nuova delega SDD.
Se il Contraente non paga una singola rata di Premio, l'importo di tale rata verrà riaddebitato con la rata immediatamente successiva e l'Assicurazione non viene sospesa.
In caso di mancato pagamento di due rate consecutive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza della seconda rata.
L'Assicurazione produce nuovamente i suoi effetti dalle ore 24 del giorno del pagamento in una unica soluzione di tutte le rate di Premio scadute e non pagate, nonché del pagamento del Premio residuo a completamento dell'annualità. Tale pagamento dovrà essere effettuato direttamente presso l'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza.
Dalla scadenza dell'annualità assicurativa il contratto dovrà intendersi comunque risolto.
In caso di chiusura durante l'annualità assicurativa del rapporto di conto corrente mediante il quale i premi sono pagati tramite procedura SDD, il Contraente è tenuto a darne immediata comunicazione all'Impresa.
In caso di mancato rispetto di tale obbligo di comunicazione, la garanzia prestata cessa dalle ore 24 della prima scadenza mensile successiva. In questa ipotesi Il Contraente è tenuto - direttamente presso l'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza - al pagamento in un'unica soluzione di tutte le rate residue di Premio, a completamento dell'annualità. Dalla scadenza dell'annualità assicurativa il contratto dovrà intendersi comunque risolto.
Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

(Valido solo in caso di frazionamento mensile con pagamento del premio mediante addebito su carta di credito)

Art. 1.1c - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.
I premi, secondo il frazionamento prescelto, sono pagati **mediante addebito su carta di credito e sono dovuti per l'intera annualità.**
Il Contraente è tenuto a comunicare all'Impresa i seguenti eventi che possano verificarsi in relazione alla carta di credito utilizzata per il pagamento dei premi:

- variazione della data di scadenza della carta di credito indicata;
- variazione del numero della carta di credito indicata;
- chiusura durante l'annualità assicurativa del rapporto di conto corrente mediante il quale i premi sono pagati tramite addebito su carta di credito;
- venir meno del rapporto contrattuale che disciplina l'uso della carta di credito, salvo che l'addebito venga autorizzato su eventuali altre carte di credito che dovessero essere emesse dallo stesso gestore della carta di credito in sostituzione della carta utilizzata per effettuare il primo pagamento.

In caso di mancato rispetto di tale obbligo di comunicazione, la garanzia prestata cessa dalle ore 24 della prima scadenza mensile successiva. In questa ipotesi Il Contraente è tenuto - direttamente presso l'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza - al pagamento in un'unica soluzione di tutte le rate residue di Premio, a completamento dell'annualità. Dalla scadenza dell'annualità assicurativa il contratto dovrà intendersi comunque risolto.
Se il Contraente non paga una singola rata di Premio, l'importo di tale rata verrà riaddebitato con la rata immediatamente successiva e l'Assicurazione non viene sospesa.
In caso di mancato pagamento di due rate consecutive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza della seconda rata.

Condizioni di assicurazione

L'Assicurazione produce nuovamente i suoi effetti dalle ore 24 del giorno del pagamento in una unica soluzione di tutte le rate di Premio scadute e non pagate, nonché del pagamento del Premio residuo a completamento dell'annualità. Tale pagamento dovrà essere effettuato direttamente presso l'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza.
Dalla scadenza dell'annualità assicurativa il contratto dovrà intendersi comunque risolto.
Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

(Valido solo in caso di durata inferiore a 2 anni e frazionamento diverso da mensile)

Art. 1.2a - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.
In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

(Valido solo in caso di durata inferiore a 2 anni e frazionamento mensile con SDD - Sepa Direct Debit)

Art. 1.2b - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.
In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.
In caso di invio di lettera di disdetta da una delle parti, l'Impresa provvederà alla revoca della delega di addebito periodico sul rapporto di conto corrente intrattenuto dal Contraente con la propria Banca.

(Valido solo in caso di durata inferiore a 2 anni e frazionamento mensile con addebito su carta di credito)

Art. 1.2c - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.
In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.
In caso di invio di lettera di disdetta da una delle parti, l'Impresa provvederà alla revoca della delega di addebito sulla carta di credito mediante la quale i premi sono pagati.

(Valido solo in caso di durata pari o superiore a 2 anni con riduzione al premio di tariffa)

Art. 1.2d - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.
In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza indicata nella Scheda di Polizza, l'Assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.
Il presente contratto beneficia della riduzione di Premio per poliennalità di cui all'articolo "Riduzione di premio per durata poliennale".
Nel caso in cui nella Scheda di Polizza sia richiamata la condizione particolare di polizza "Adeguamento automatico annuale" la suddetta riduzione potrebbe variare per effetto dell'adeguamento del Premio.
All'Assicurato non è riconosciuta la facoltà di recesso dal contratto prima della scadenza indicata nella Scheda di Polizza.

Art. 1.3 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto e risultare da apposito atto firmato dall'Impresa e dal Contraente.

Art. 1.4 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

Art. 1.5 - Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare all'Impresa l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi coperti dal presente contratto, ad eccezione di quelle stipulate per suo conto da altro Contraente per obbligo di legge o di contratto e di quelle di cui è in possesso in modo automatico quali garanzie accessorie ad altri servizi.

Art. 1.6 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio.
Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.
A parziale deroga di quanto disposto all'art. 1898 codice civile in materia di aggravamento del rischio, lo stesso non trova applicazione relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto, **fatto salvo quanto disposto dall'articolo "Persone non assicurabili".**

Art. 1.7 - Diminuzione del rischio
Nel caso di diminuzione del rischio l'Impresa è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 1.8 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)
Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

Art. 1.9 - Rinvio alle norme di legge
Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, valgono le norme di legge.

(Valido solo in caso di durata pari o superiore a 2 anni con riduzione al premio di tariffa)
Art. 1.10 - Riduzione di premio per durata poliennale
Il presente contratto ha durata poliennale ed il relativo Premio, annualmente dovuto dall'Assicurato, è stato determinato, secondo quanto previsto dall'art. 1899 codice civile, in misura ridotta, indicata in Scheda di Polizza, rispetto al Premio dovuto per questo stesso tipo di Polizza ma di durata annuale.

(Valido solo in caso di applicazione di uno sconto commerciale a cura dell'intermediario con opzione recupero sconto)
Art. 1.11 - Recupero sconto commerciale
Il Premio del presente contratto ha beneficiato dello sconto commerciale, indicato nella Scheda di Polizza, per iniziativa dell'intermediario col quale è stato stipulato il contratto stesso.
Detto sconto verrà ridotto nella misura indicata nella Scheda di Polizza alla scadenza di ogni annualità, sino al suo eventuale azzeramento.

2. SEZIONE RICOVERO ED EXTRA RICOVERO

DIARIA

GARANZIA BASE

Art. 2.1 - Indennità giornaliera per ricovero
In caso di Ricovero in Struttura sanitaria a seguito di Malattia, Infortunio o parto, indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa riconosce all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza, **con il limite massimo di 360 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.

Art. 2.2 - Altre prestazioni assicurate

Art. 2.2.1 - Contemporaneo ricovero di entrambi i coniugi
Qualora a seguito di Infortunio o Malattia indennizzabile a termini di Polizza ambedue i coniugi (o conviventi more uxorio), di cui almeno uno assicurato, siano ricoverati in Struttura sanitaria, l'Impresa riconosce all'Assicurato per ciascun giorno di contemporaneo Ricovero, l'Indennità giornaliera per ricovero indicata nella Scheda di Polizza maggiorata del 50%.

Art. 2.2.2 - Ricovero all'estero
Qualora a seguito di Infortunio o Malattia indennizzabile a termini di Polizza l'Assicurato sia ricoverato in una Struttura sanitaria all'estero, **con esclusione della Repubblica di San Marino e Città del Vaticano**, l'Impresa riconosce all'Assicurato per ciascun giorno di degenza l'Indennità giornaliera per ricovero indicata nella Scheda di Polizza maggiorata del 50%.

Art. 2.2.3 - Rimborso spese per accompagnatore e assistenza infermieristica domiciliare
In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa rimborsa le spese sostenute nella Struttura sanitaria per vitto e pernottamento di un accompagnatore o per l'assistenza infermieristica notturna prestata da personale diplomato **fino alla concorrenza di euro 60,00 giornalieri con il limite massimo di 45 giorni per anno assicurativo**.
L'Impresa garantisce inoltre, in caso di Ricovero con Intervento chirurgico, indennizzabile a termini di Polizza, il rimborso delle spese documentate sostenute per l'assistenza da parte di personale infermieristico diplomato al domicilio dell'Assicurato **sino al 45° giorno successivo a quello di cessazione del Ricovero stesso ed entro il limite giornaliero di euro 60,00**.

Condizioni di assicurazione

GARANZIE OPZIONALI
(*Valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza*)

Art. 2.3 - Rimborso spese mediche prima e dopo il ricovero
In caso di Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia, indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato:
a) nei 120 giorni che precedono il Ricovero per le visite mediche specialistiche, gli esami, gli accertamenti diagnostici, **purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il successivo Ricovero**;
b) nei 120 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero per le prestazioni effettuate da medici, gli esami e gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da operatori sanitari in possesso di diploma di fisioterapista, nonché le cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio**), **purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero**.

Il rimborso delle spese di cui sopra viene effettuato **con il limite di euro 5.000,00 per persona e per anno assicurativo**.
In caso di Ricovero dovuto a parto, indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa rimborsa **con il limite di euro 1.000,00 per persona e per anno assicurativo**:
- le spese eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero, previste alle lettere a) e b) del presente articolo, in caso di Ricovero per parto cesareo;
- le spese eventualmente sostenute per le sole prestazioni effettuate dopo il Ricovero, previste alla lettera b) del presente articolo, in caso di Ricovero per parto non cesareo.

Tutte le spese di cui al presente articolo vengono rimborsate all'Assicurato senza applicazione di alcuno Scoperto:
- sull'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale,
- sulle prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata prenotate tramite Clinica Amica.

Diversamente, per prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, **l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione di uno Scoperto del 20%** con il massimo di euro 2.500,00 per Ricovero.

Art. 2.4 - Indennità giornaliera per convalescenza
In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, a seguito di Infortunio, Malattia o parto cesareo, l'Impresa corrisponde, a titolo di convalescenza successiva al Ricovero, l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza, per lo stesso numero di giorni indennizzati per il Ricovero con il minimo di 3 giorni **e con il limite massimo di 120 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.
Dalla presente garanzia si intende **escluso** il parto naturale.

Art. 2.5 - Indennità giornaliera per ingessatura
In caso di Infortunio o Malattia indennizzabile a termini di Polizza che renda necessaria l'applicazione di Ingessatura, con o senza Ricovero, l'Impresa corrisponde all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza a partire dal giorno di applicazione dell'Ingessatura e fino al giorno di rimozione della stessa, rimozione che deve essere certificata da un medico, **con il limite massimo di 120 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.
Nei soli casi di frattura ossea o di Lesione capsulo-legamentosa, clinicamente diagnosticata in ambiente clinico/ospedaliero o da medico specialista ortopedico/traumatologo secondo il quale non è ritenuta necessaria, fin dalla prima diagnosi, l'Ingessatura, come da definizione di Polizza, all'Assicurato viene riconosciuta l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza, per il periodo di immobilizzazione prescritto e certificato dal medico specialista ortopedico/traumatologo, ma comunque **con il limite massimo di 30 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.
Se l'Infortunio o la Malattia ha determinato anche il Ricovero dell'Assicurato, la relativa Indennità giornaliera non è cumulabile con quella per Ingessatura, che viene riconosciuta a partire dal giorno di dimissione ospedaliera. L'eventuale Indennità giornaliera per convalescenza, finché coesistente con il periodo di Ingessatura, non è cumulabile con l'Indennità per Ingessatura, che viene riconosciuta, se di durata maggiore, a partire dalla cessazione dell'Indennità per convalescenza riconosciuta.
L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

GRANDI INTERVENTI, MALATTIE GRAVI E DIARIA

GARANZIE BASE

Art. 2.6 - Ricovero per grandi interventi e malattie gravi
L'Assicurazione vale in caso di Ricovero dell'Assicurato in Struttura sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia, per essere sottoposto ad un grande Intervento chirurgico o per una grave Malattia, **sempreché rientranti tra quelli riportati nell'"Elenco grandi interventi chirurgici" o nell'"Elenco gravi malattie"**.

Condizioni di assicurazione

L'Impresa riconosce, in caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, secondo le modalità e con i limiti previsti nei successivi articoli "Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero", "Indennità giornaliera sostitutiva per ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale" e "Rimborso spese mediche prima e dopo il ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale" della presente Sezione - Grandi interventi, malattie gravi e Diaria, le spese sostenute dall'Assicurato:

a) durante il Ricovero per gli esami, gli accertamenti diagnostici, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le rette di degenza, gli onorari dei medici e delle équipe chirurgiche, i diritti di sala operatoria e il materiale d'intervento (ivi compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento stesso);
b) nei 120 giorni che precedono il Ricovero per le visite mediche specialistiche, gli esami, gli accertamenti diagnostici, **purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il successivo Ricovero**;
c) nei 120 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero per le prestazioni effettuate da medici, gli esami e gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da operatori sanitari in possesso di diploma di fisioterapista, nonché le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio), **purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero**.

Art. 2.6.1 - Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero

In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, a seguito di uno degli eventi indicati nel precedente articolo "Ricovero per grandi interventi e malattie gravi", l'Impresa provvede **con il limite di euro 500.000,00 per persona e per anno assicurativo**:

- al pagamento diretto alla Struttura sanitaria convenzionata e all'équipe medico-chirurgica convenzionata delle spese sostenute durante il Ricovero e previste alla lettera a) dell'articolo "Ricovero per grandi interventi e malattie gravi", **solo nel caso in cui l'Assicurato abbia attivato l'operatività del servizio di pagamento diretto**, come descritto all'articolo "Obblighi" della Sezione In caso di sinistro - Ricovero ed extra ricovero; nel caso di utilizzo di équipe medico-chirurgica non convenzionata, l'Impresa rimborsa all'Assicurato le spese relative all'equipe senza applicazione di alcuno Scoperto;
- al rimborso all'Assicurato delle spese sostenute durante il Ricovero presso una Struttura sanitaria non convenzionata e in tutti i casi in cui non sia stato attivato il servizio di pagamento diretto, previste alla lettera a) dell'articolo "Ricovero per grandi interventi e malattie gravi", **con applicazione di uno Scoperto del 20%** con il massimo di euro 5.000,00 per Ricovero;
- al rimborso all'Assicurato delle spese eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero, previste alle lettere b) e c) dell'articolo "Ricovero per grandi interventi e malattie gravi", senza applicazione di alcuno Scoperto:
  - sull'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale,
  - sulle prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata prenotate tramite Clinica Amica.

Diversamente, per prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, **l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione di uno Scoperto del 20%** con il massimo di euro 2.500,00 per Ricovero.

Art. 2.6.2 - Indennità giornaliera sostitutiva per ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale

In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, a seguito di uno degli eventi indicati nel precedente articolo "Ricovero per grandi interventi e malattie gravi", effettuato a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (considerandosi tale anche il caso in cui l'Assicurato sia soggetto al pagamento di eventuali ticket per il Ricovero), l'Impresa riconosce all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza, **con il limite massimo di 360 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**, in sostituzione delle prestazioni garantite al punto a) dell'articolo "Ricovero per grandi interventi e malattie gravi".
Qualora l'Assicurato sia ricoverato in una Struttura sanitaria all'estero, con esclusione della Repubblica di San Marino e Città del Vaticano, a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa riconosce per ciascun giorno di degenza l'Indennità giornaliera sostitutiva indicata nella Scheda di Polizza maggiorata del 50%.

Art. 2.6.3 - Rimborso spese mediche prima e dopo il ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale

In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, a seguito di uno degli eventi indicati nel precedente articolo "Ricovero per grandi interventi e malattie gravi", effettuato a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero, previste alle lettere b) e c) dell'articolo "Ricovero per grandi interventi e malattie gravi" **con il limite di euro 10.000,00 per persona e per anno assicurativo** senza applicazione di alcuno Scoperto:

- sull'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale,
- sulle prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata prenotate tramite Clinica Amica.

Diversamente, per prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, **l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione di uno Scoperto del 20% con il massimo di euro 2.500,00 per Ricovero**.

Condizioni di assicurazione

Art. 2.7 - Ricovero per altri eventi diversi da grandi interventi e malattie gravi

Art. 2.7.1 - Indennità giornaliera per ricovero

In caso di Ricovero in Struttura sanitaria a seguito di Malattia, Infortunio o parto, indennizzabile a termini di Polizza, semprechè l'evento che ha determinato il Ricovero non rientri nell'"Elenco gravi malattie" o nell'"Elenco grandi interventi chirurgici", l'Impresa riconosce all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza, **con il limite massimo di 360 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.
Qualora a seguito di Infortunio o Malattia indennizzabile a termini di Polizza ambedue i coniugi (o conviventi more uxorio), di cui almeno uno assicurato, siano ricoverati in Struttura sanitaria, l'Impresa riconosce all'Assicurato per ciascun giorno di contemporaneo Ricovero, l'Indennità giornaliera per ricovero indicata nella Scheda di Polizza maggiorata del 50%.
Qualora l'Assicurato sia ricoverato in una Struttura sanitaria all'estero, **con esclusione della Repubblica di San Marino e Città del Vaticano**, l'Impresa riconosce per ciascun giorno di degenza l'Indennità giornaliera per ricovero indicata nella Scheda di Polizza maggiorata del 50%.

Art. 2.7.2 - Rimborso spese mediche prima e dopo il ricovero

In caso di Ricovero a seguito di uno degli eventi indicati nel precedente articolo "Indennità giornaliera per ricovero", indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato:

a) nei 120 giorni che precedono il Ricovero per le visite mediche specialistiche, gli esami, gli accertamenti diagnostici, **purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il successivo Ricovero**;
b) nei 120 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero per le prestazioni effettuate da medici, gli esami e gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da operatori sanitari in possesso di diploma di fisioterapista, nonché le cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio**), **purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero**.

Il rimborso delle spese di cui sopra viene effettuato **con il limite di euro 5.000,00 per persona e per anno assicurativo**.
In caso di Ricovero dovuto a parto, indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa rimborsa **con il limite di euro 1.000,00 per persona e per anno assicurativo**:

- le spese eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero, previste alle lettere a) e b) del presente articolo, in caso di Ricovero per parto cesareo;
- le spese eventualmente sostenute per le sole prestazioni effettuate dopo il Ricovero, previste alla lettera b) del presente articolo, in caso di Ricovero per parto non cesareo.

Tutte le spese di cui al presente articolo vengono rimborsate all'Assicurato senza applicazione di alcuno Scoperto:

- sull'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale,
- sulle prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata prenotate tramite Clinica Amica.

Diversamente, per prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, **l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione di uno Scoperto del 20%** con il massimo di euro 2.500,00 per Ricovero.

Art. 2.8 - Altre prestazioni assicurate

Art. 2.8.1 - Ricovero con intervento chirurgico per gravi patologie

A parziale deroga di quanto previsto agli articoli "Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero" e "Rimborso spese mediche prima e dopo il ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale" della presente Sezione - Grandi interventi, malattie gravi e Diaria, in caso di Ricovero che comporti un Intervento chirurgico fra quelli qui di seguito elencati:

- interventi per sostituzioni valvolari multiple;
- interventi determinati da neoplasie o aneurismi a carico dell'encefalo;
- interventi per sostituzioni valvolari con by-pass aortocoronarico;
- intervento per aneurismi aorta toracica;
- interventi per aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio;
- trapianto di cuore;
- trapianto di organi degli apparati digerente e respiratorio,

l'Impresa riconosce all'Assicurato le spese previste dalla copertura assicurativa senza applicazione degli scoperti ove previsti, e **fermi i limiti per persona e per anno assicurativo indicati nei medesimi articoli**.

Art. 2.8.2 - Malattia oncologica

L'Impresa rimborsa, in aggiunta a quanto indicato all'articolo "Ricovero per grandi interventi e malattie gravi" della presente Sezione - Grandi interventi, malattie gravi e Diaria:

- le spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici che abbiano confermato la diagnosi della Malattia oncologica, anche se non seguiti da Ricovero;
- le spese per le visite specialistiche e per le terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla Malattia oncologica sostenute entro 2 anni dalla dimissione del primo Ricovero relativo alla Malattia stessa e avvenuto in corso di contratto;

- le spese per l'assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 60 giorni successivi alla data di dimissione del Ricovero per Malattia oncologica.

Le spese di cui al presente articolo vengono rimborsate all'Assicurato senza applicazione di alcuno Scoperto:

- sull'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale,
- sulle prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata prenotate tramite Clinica Amica.

Diversamente, per prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, **l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione di uno Scoperto del 20%**.
Il massimo esborso, a carico dell'Impresa, non può superare complessivamente per tutte le prestazioni sopra indicate, l'importo di euro 10.000,00 per tutta la durata del contratto e per ogni Assicurato. Contestualmente al raggiungimento di tale limite, la presente garanzia decade relativamente all'Assicurato per cui sono state erogate le prestazioni.

Art. 2.8.3 - Espianto di organi

L'Impresa riconosce, secondo le modalità e con i limiti previsti negli articoli "Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero" e "Indennità giornaliera sostitutiva per ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale" della presente Sezione - Grandi interventi, malattie gravi e Diaria, le spese di cui alla lettera a) dell'articolo "Ricovero per grandi interventi e malattie gravi" relative al Ricovero del donatore per l'espianto di organi o parte di essi e quelle del relativo trasporto se l'Assicurato è il ricevente, oppure le sole spese di cui alla lettera a) relative al Ricovero per l'espianto di organi o parte di essi se l'Assicurato è il donatore vivente.

Art. 2.8.4 - Rimborso spese per accompagnatore e assistenza infermieristica domiciliare

In caso di Ricovero, indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa rimborsa le spese sostenute nella Struttura sanitaria per vitto e pernottamento di un accompagnatore o per l'assistenza infermieristica notturna prestata da personale diplomato **fino alla concorrenza di euro 60,00 giornalieri con il limite massimo di 45 giorni per anno assicurativo**.
L'Impresa garantisce inoltre, in caso di Ricovero con Intervento chirurgico, indennizzabile a termini di Polizza, il rimborso delle spese documentate sostenute per l'assistenza da parte di personale infermieristico diplomato al domicilio dell'Assicurato **sino al 45° giorno successivo a quello di cessazione del Ricovero stesso ed entro il limite giornaliero di euro 60,00**.

Art. 2.8.5 - Prestazioni per il nascituro

L'Impresa riconosce, **a partire dal 180° giorno successivo a quello di decorrenza del contratto**, secondo le modalità e con i limiti previsti negli articoli "Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero", "Indennità giornaliera sostitutiva per ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale" e "Rimborso spese mediche prima e dopo il ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale" della presente Sezione - Grandi interventi, malattie gravi e Diaria, le spese di cui alle lettere a), b) e c) dell'articolo "Ricovero per grandi interventi e malattie gravi", relative agli interventi finalizzati alla correzione di difetti fisici o malformazioni del feto, anche se non esplicitamente indicati nell' "Elenco grandi interventi chirurgici", **purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla decorrenza del contratto**.

GARANZIE OPZIONALI

(Valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)

Art. 2.9 - Indennità giornaliera per convalescenza

In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, a seguito di Infortunio, Malattia o parto cesareo, l'Impresa corrisponde, a titolo di convalescenza successiva al Ricovero, l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza, per lo stesso numero di giorni indennizzati per il Ricovero con il minimo di 3 giorni **e con il limite massimo di 120 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.
Dalla presente garanzia si intende **escluso** il parto naturale.

Art. 2.10 - Indennità giornaliera per ingessatura

In caso di Infortunio o Malattia indennizzabile a termini di Polizza che renda necessaria l'applicazione di Ingessatura, con o senza Ricovero, l'Impresa corrisponde all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza a partire dal giorno di applicazione dell'Ingessatura e fino al giorno di rimozione della stessa, rimozione che deve essere certificata da un medico, **con il limite massimo di 120 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.
Nei soli casi di frattura ossea o di Lesione capsulo-legamentosa, clinicamente diagnosticata in ambiente clinico/ospedaliero o da medico specialista ortopedico/traumatologo secondo il quale non è ritenuta necessaria, fin dalla prima diagnosi, l'Ingessatura, come da definizione di Polizza, all'Assicurato viene riconosciuta l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza, per il periodo di immobilizzazione prescritto e certificato dal medico specialista ortopedico/traumatologo, ma comunque **con il limite massimo di 30 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.
Se l'Infortunio o la Malattia ha determinato anche il Ricovero dell'Assicurato, la relativa Indennità giornaliera non è cumulabile con quella per Ingessatura, che viene riconosciuta a partire dal giorno di dimissione ospedaliera. L'eventuale Indennità giornaliera per convalescenza, finché coesistente con il periodo di Ingessatura, non è cumulabile con l'Indennità per Ingessatura, che viene riconosciuta, se di durata maggiore, a partire dalla cessazione dell'Indennità per convalescenza riconosciuta.

Condizioni di assicurazione

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Art. 2.11 - Accertamenti di alta diagnostica

L'Impresa rimborsa, **fino alla concorrenza per persona e per anno assicurativo della somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza**, le spese per gli esami di alta diagnostica sotto elencati, resi necessari da Malattia o Infortunio, anche se non collegate a un Ricovero:

- Angiografia
- Diagnostica istologica e citologica (biopsia)
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Cistoscopia
- Colangiografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Diagnostica Endoscopica dell'apparato digerente ed urologico
- Diagnostica Endoscopica dell'apparato urogenitale
- Ecocardiografia a riposo e da sforzo
- Ecodoppler
- Ecografia Intravascolare
- Ecografia Trans-Esofagea
- Ecotomografia
- Esame Holter
- Esami Istopatologici
- EEG Mapping (Mapping del cervello)
- Elettromiografia (EMG)
- Elettroneurografia (ENG)
- Elettronistagmografia
- Fibrobroncoscopia
- Fistolografia
- Fluoroangiografia Oculare
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Laparoscopia
- Linfografia
- Mammografia digitale
- Mielografia
- Mineralogia ossea computerizzata (MOC)
- Pet - Tomografia ad Emissione di Positroni
- Polisonnografia
- Potenziali evocati motori (PEM)
- Potenziali evocati somatosensoriali (PESS)
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scialografia con Contrasto
- Scintigrafia
- SPECT - Tomografia ad emissione di fotone singolo
- Splenoportografia
- Studio urodinamico
- Stroboscopia laringea digitale
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia Ottica Computerizzata (OTC)
- Test del respiro
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia

Ciascuna prestazione viene rimborsata all'Assicurato senza applicazione di alcuno Scoperto:

- sull'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale,
- sulle prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata prenotate tramite Clinica Amica.

Diversamente, per prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, **l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione di uno Scoperto del 20%**.

Art. 2.12 - Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e riabilitazione

L'Impresa rimborsa, **fino alla concorrenza per persona e per anno assicurativo della somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza**, le spese sostenute per:

- onorari medici per visite specialistiche rese necessarie da Malattia o Infortunio (escluse comunque le visite pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche)
- accertamenti diagnostici resi necessari da Malattia o Infortunio e prescritti dal medico curante
- trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti dal medico curante e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione

non collegate a un Ricovero e **non rientranti tra quelle riportate nell'articolo "Accertamenti di alta diagnostica"**.
Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) devono riportare l'indicazione della specialità del medico che, dovrà risultare, ai fini del rimborso, attinente alla patologia diagnosticata.
Ciascuna prestazione o ciclo di terapia (quest'ultimo **purchè previsto da un'unica prescrizione medica**) viene rimborsata all'Assicurato senza applicazione di alcuno Scoperto:

- sull'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale,
- sulle prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata prenotate tramite Clinica Amica.

Diversamente, per prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, **l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo di euro 50,00 per ciascuna prestazione o ciclo di terapia**.

GLOBALE SPESE MEDICHE

GARANZIE BASE

Art. 2.13 - Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero

L'Assicurazione vale in caso di Ricovero dell'Assicurato in Struttura sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia.
L'Impresa riconosce, in caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, secondo le modalità e con i limiti previsti nei successivi articoli "Ricovero con attivazione di pagamento diretto in strutture sanitarie convenzionate", "Ricovero senza attivazione di pagamento diretto o in strutture sanitarie non convenzionate", "Indennità giornaliera sostitutiva per ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale" e "Rimborso spese mediche prima e dopo il ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale" della presente Sezione - Globale spese mediche, le spese sostenute dall'Assicurato:

a) durante il Ricovero per gli esami, gli accertamenti diagnostici, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le rette di degenza, gli onorari dei medici e delle équipe chirurgiche, i diritti di sala operatoria e il materiale d'intervento (ivi compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento stesso);
b) nei 120 giorni che precedono il Ricovero per le visite mediche specialistiche, gli esami, gli accertamenti diagnostici, **purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il successivo Ricovero**;
c) nei 120 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero per le prestazioni effettuate da medici, gli esami e gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da operatori sanitari in possesso di diploma di fisioterapista, nonché le cure termali (**escluse** in ogni caso le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio), **purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero**.

Art. 2.13.1 - Ricovero con attivazione di pagamento diretto in strutture sanitarie convenzionate

In caso di Ricovero, indennizzabile a termini di Polizza, **solo nel caso in cui l'Assicurato abbia attivato l'operatività del servizio di pagamento diretto**, come descritto all'articolo "Obblighi" della Sezione In caso di sinistro - Ricovero ed extra ricovero, l'Impresa provvede, senza alcun limite di somma assicurata:

- al pagamento diretto alla Struttura sanitaria convenzionata e all'équipe medico-chirurgica convenzionata delle spese sostenute durante il Ricovero e previste alla lettera a) dell'articolo "Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero"; in caso di utilizzo di équipe medico-chirurgica non convenzionata, l'Impresa rimborsa all'Assicurato le spese relative all'equipe senza applicazione di alcuno Scoperto;
- al rimborso all'Assicurato delle spese eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero, previste alle lettere b) e c) dell'articolo "Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero", senza applicazione di alcuno Scoperto:
  - sull'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale,
  - sulle prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata prenotate tramite Clinica Amica.

Diversamente, per prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, **l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione di uno Scoperto del 20%** con il massimo di euro 2.500,00 per Ricovero.

Art. 2.13.2 - Ricovero senza attivazione di pagamento diretto o in strutture sanitarie non convenzionate

In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza presso una Struttura sanitaria non convenzionata e in tutti i casi in cui non sia stato attivato il servizio di pagamento diretto, l'Impresa provvede **con i limiti per persona e per anno assicurativo di**:

- **euro 10.000,00** in caso di Ricovero per appendicectomia, adenoidectomia, tonsillectomia, varicectomia degli arti inferiori, erniectomia addominale, emorroidectomia;
- **euro 500.000,00** in tutti gli altri casi di Ricovero, con o senza Intervento chirurgico;

al rimborso all'Assicurato:

- delle spese sostenute durante il Ricovero e previste alla lettera a) dell'articolo "Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero", **con applicazione di uno Scoperto del 20%** con il massimo di euro 5.000,00 per Ricovero;
- delle spese eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero, previste alle lettere b) e c) dell'articolo "Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero", senza applicazione di alcuno Scoperto:
  - sull'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale,
  - sulle prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata prenotate tramite Clinica Amica.

Diversamente, per prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, **l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione di uno Scoperto del 20%** con il massimo di euro 2.500,00 per Ricovero.

Art. 2.14 - Indennità giornaliera sostitutiva per ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale

In caso di Ricovero, indennizzabile a termini di Polizza, a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (considerandosi tale anche il caso in cui l'Assicurato sia soggetto al pagamento di eventuali ticket per il Ricovero), l'Impresa riconosce all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza, **con il limite massimo di 360 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**, in sostituzione delle prestazioni garantite al punto a) dell'articolo "Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero".
Qualora l'Assicurato sia ricoverato in una Struttura sanitaria all'estero, con esclusione della Repubblica di San Marino e Città del Vaticano, a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa riconosce per ciascun giorno di degenza l'Indennità giornaliera sostitutiva indicata nella Scheda di Polizza maggiorata del 50%.

Art. 2.15 - Rimborso spese mediche prima e dopo il ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale

In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero, previste alle lettere b) e c) dell'articolo "Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero", senza alcun limite di somma assicurata e senza applicazione di alcuno Scoperto:

- sull'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale,
- sulle prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata prenotate tramite Clinica Amica.

Diversamente, per prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, **l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione di uno Scoperto del 20%** con il massimo di euro 2.500,00 per Ricovero.

Art. 2.16 - Altre prestazioni assicurate

Art. 2.16.1 - Ricovero con intervento chirurgico per gravi patologie

A parziale deroga di quanto previsto agli articoli "Ricovero con attivazione di pagamento diretto in strutture sanitarie convenzionate", "Ricovero senza attivazione di pagamento diretto o in strutture sanitarie non convenzionate" e "Rimborso spese mediche prima e dopo il ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale" della presente Sezione - Globale spese mediche, in caso di Ricovero che comporti un Intervento chirurgico fra quelli qui di seguito elencati:

- interventi per sostituzioni valvolari multiple;
- interventi determinati da neoplasie o aneurismi a carico dell'encefalo;
- interventi per sostituzioni valvolari con by-pass aortocoronarico;
- intervento per aneurismi aorta toracica;
- interventi per aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio;
- trapianto di cuore;
- trapianto di organi degli apparati digerente e respiratorio,

l'Impresa riconosce all'Assicurato le spese previste dalla copertura assicurativa senza applicazione degli scoperti ove previsti, e **fermi i limiti per persona e per anno assicurativo indicati nei medesimi articoli**.

Art. 2.16.2 - Malattia oncologica

L'Impresa rimborsa, in aggiunta a quanto indicato nell'articolo "Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero" della presente Sezione - Globale spese mediche:

- le spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici che abbiano confermato la diagnosi della Malattia oncologica, anche se non seguiti da Ricovero;

- le spese per le visite specialistiche e per le terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla Malattia oncologica sostenute entro 2 anni dalla dimissione del primo Ricovero relativo alla Malattia stessa e avvenuto in corso di contratto;
- le spese per l'assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 60 giorni successivi alla data di dimissione del Ricovero per Malattia oncologica.

Le spese di cui al presente articolo vengono rimborsate all'Assicurato senza applicazione di alcuno Scoperto:

- sull'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale,
- sulle prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata prenotate tramite Clinica Amica.

Diversamente, per prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, **l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione di uno Scoperto del 20%**.

Il massimo esborso, a carico dell'Impresa, non può superare complessivamente per tutte le prestazioni sopra indicate, l'importo di euro 10.000,00 per tutta la durata del contratto e per ogni Assicurato. Contestualmente al raggiungimento di tale limite, la presente garanzia decade relativamente all'Assicurato per cui sono state erogate le prestazioni.

Art. 2.16.3 - Espianto di organi

L'Impresa riconosce, secondo le modalità e con i limiti previsti negli articoli "Ricovero con attivazione di pagamento diretto in strutture sanitarie convenzionate", "Ricovero senza attivazione di pagamento diretto o in strutture sanitarie non convenzionate" e "Indennità giornaliera sostitutiva per ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale" della presente Sezione - Globale spese mediche, le spese di cui alla lettera a) dell'articolo "Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero" relative al Ricovero del donatore per l'espianto di organi o parte di essi e quelle del relativo trasporto se l'Assicurato è il ricevente, oppure le sole spese di cui alla lettera a) relative al Ricovero per l'espianto di organi o parte di essi se l'Assicurato è il donatore vivente.

Art. 2.16.4 - Disturbi mentali

A parziale deroga dell'articolo "Esclusioni" lettera b) si intendono compresi in garanzia i disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi, limitatamente alla prima manifestazione della Malattia nella vita dell'Assicurato, diagnosticata in corso di contratto, che comporti Ricovero ed ai successivi ricoveri, sempreché determinati dalla medesima Malattia ed avvenuti nel corso della stessa annualità assicurativa del primo Ricovero.

In questo caso l'Impresa riconosce, secondo le modalità previste negli articoli "Ricovero con attivazione di pagamento diretto in strutture sanitarie convenzionate", "Ricovero senza attivazione di pagamento diretto o in strutture sanitarie non convenzionate" e "Indennità giornaliera sostitutiva per ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale" della presente Sezione - Globale spese mediche, le spese di cui alla lettera a) dell'articolo "Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero", nonché le spese sostenute nella Struttura sanitaria per vitto e pernottamento di un accompagnatore.

Il massimo esborso, a carico dell'Impresa, non può superare complessivamente per tutti i ricoveri, per ogni Assicurato, l'importo di euro 1.500,00. Contestualmente al raggiungimento di tale limite, la presente garanzia decade relativamente all'Assicurato per cui è stata erogata la prestazione.

Art. 2.16.5 - Rimborso spese per accompagnatore e assistenza infermieristica domiciliare

In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa rimborsa le spese sostenute nella Struttura sanitaria per vitto e pernottamento di un accompagnatore o per l'assistenza infermieristica notturna prestata da personale diplomato **fino alla concorrenza di euro 60,00 giornalieri con il limite massimo di 45 giorni per anno assicurativo**.

L'Impresa garantisce inoltre, in caso di Ricovero con Intervento chirurgico, indennizzabile a termini di Polizza, il rimborso delle spese documentate sostenute per l'assistenza da parte di personale infermieristico diplomato al domicilio dell'Assicurato **sino al 45° giorno successivo a quello di cessazione del Ricovero stesso ed entro il limite giornaliero di euro 60,00**.

Art. 2.16.6 - Prestazioni per il nascituro

L'Impresa riconosce, **a partire dal 180° giorno successivo a quello di decorrenza del contratto**, secondo le modalità e con i limiti previsti negli articoli "Ricovero con attivazione di pagamento diretto in strutture sanitarie convenzionate", "Ricovero senza attivazione di pagamento diretto o in strutture sanitarie non convenzionate", "Indennità giornaliera sostitutiva per ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale" e "Rimborso spese mediche prima e dopo il ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale" della presente Sezione - Globale spese mediche, le spese di cui alle lettere a), b) e c) dell'articolo "Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero", relative agli interventi finalizzati alla correzione di difetti fisici o malformazioni del feto, **purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla decorrenza del contratto**.

Art. 2.16.7 - Prestazioni per il parto

In caso di Ricovero dovuto a parto, indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa provvede, con i **limiti per persona e per anno assicurativo di**:

- **euro 8.000,00** in caso di Ricovero dovuto a parto cesareo;
- **euro 4.000,00** in caso di Ricovero dovuto a parto non cesareo;

a riconoscere all'Assicurato:
- il rimborso delle spese sostenute durante il Ricovero, previste alla lettera a) dell'articolo "Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero", senza applicazione di alcuno Scoperto;
- l'Indennità giornaliera sostitutiva indicata nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza, in caso di Ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, in sostituzione di quanto previsto al precedente punto;
- il rimborso delle spese eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero, previste alle lettere b) e c) dell'articolo "Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero" in caso di parto cesareo;
- il rimborso delle spese eventualmente sostenute per le sole prestazioni effettuate dopo il Ricovero, previste alla lettera c) dell'articolo "Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero" in caso di parto non cesareo.

Le spese sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero, di cui agli ultimi due punti elenco del presente articolo, vengono rimborsate all'Assicurato senza applicazione di alcuno Scoperto:
- sull'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale,
- sulle prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata prenotate tramite Clinica Amica.

Diversamente, per prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, **l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione di uno Scoperto del 20%** con il massimo di euro 2.500,00 per Ricovero.

Art. 2.16.8 - Prestazioni per il neonato

L'Impresa riconosce, secondo le modalità e con i limiti previsti negli articoli "Ricovero con attivazione di pagamento diretto in strutture sanitarie convenzionate", "Ricovero senza attivazione di pagamento diretto o in strutture sanitarie non convenzionate", "Indennità giornaliera sostitutiva per ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale" e "Rimborso spese mediche prima e dopo il ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale" della presente Sezione - Globale spese mediche, in caso di parto indennizzabile a termini di Polizza, le spese sostenute per il Ricovero del neonato reso necessario da Infortunio, Malattia o per la correzione o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite.
La garanzia prestata **ha vigore fino a un anno dalla nascita**, sempreché la Polizza sia stata regolarmente rinnovata e sia stato pagato il relativo Premio.

Art. 2.17 - Formula con franchigia

Qualora sia stata pattuita per l'Assicurato la Formula con Franchigia, il cui importo è indicato nella Scheda di Polizza, l'Impresa riconosce quanto previsto agli articoli "Ricovero con attivazione di pagamento diretto in strutture sanitarie convenzionate", "Ricovero senza attivazione di pagamento diretto o in strutture sanitarie non convenzionate", "Espianto di organi", "Prestazioni per il nascituro" e "Prestazioni per il neonato", della presente Sezione - Globale spese mediche, con applicazione della Franchigia pattuita sulle spese sostenute durante il Ricovero. In caso di operatività dello Scoperto sulle spese sostenute durante il Ricovero, previsto dalle Condizioni di assicurazione alla presente Sezione - Globale spese mediche, la Franchigia indicata nella Scheda di Polizza costituisce l'importo minimo dello Scoperto che rimane a carico dell'Assicurato.
La Franchigia non opera:
- sulle spese eventualmente sostenute prima e dopo il Ricovero, che vengono rimborsate secondo quanto previsto dalle Condizioni di assicurazione alla presente Sezione - Globale spese mediche;
- sull'Indennità giornaliera sostitutiva prevista in caso di ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

GARANZIE OPZIONALI

(Valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)

Art. 2.18 - Indennità giornaliera per convalescenza

In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, a seguito di Infortunio, Malattia o parto cesareo, l'Impresa corrisponde, a titolo di convalescenza successiva al Ricovero, l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza, per lo stesso numero di giorni indennizzati per il Ricovero con il minimo di 3 giorni **e con il limite massimo di 120 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.
Dalla presente garanzia si intende **escluso** il parto naturale.

Art. 2.19 - Indennità giornaliera per ingessatura

In caso di Infortunio o Malattia indennizzabile a termini di Polizza che renda necessaria l'applicazione di Ingessatura, con o senza Ricovero, l'Impresa corrisponde all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza a partire dal giorno di applicazione dell'Ingessatura e fino al giorno di rimozione della stessa, rimozione che deve essere certificata da un medico, **con il limite massimo di 120 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.
Nei soli casi di frattura ossea o di Lesione capsulo-legamentosa, clinicamente diagnosticata in ambiente clinico/ospedaliero o da medico specialista ortopedico/traumatologo secondo il quale non è ritenuta necessaria, fin dalla prima diagnosi, l'Ingessatura, come da definizione di Polizza, all'Assicurato viene riconosciuta l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza, per il periodo di immobilizzazione prescritto e certificato dal medico specialista ortopedico/traumatologo, ma comunque **con il limite massimo di 30 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.

Se l'Infortunio o la Malattia ha determinato anche il Ricovero dell'Assicurato, la relativa Indennità giornaliera non è cumulabile con quella per Ingessatura, che viene riconosciuta a partire dal giorno di dimissione ospedaliera. L'eventuale Indennità giornaliera per convalescenza, finché coesistente con il periodo di Ingessatura, non è cumulabile con l'Indennità per Ingessatura, che viene riconosciuta, se di durata maggiore, a partire dalla cessazione dell'Indennità per convalescenza riconosciuta.
L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Art. 2.20 - Accertamenti di alta diagnostica

L'Impresa rimborsa, **fino alla concorrenza per persona e per anno assicurativo della somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza**, le spese per gli esami di alta diagnostica sotto elencati, resi necessari da Malattia o Infortunio, anche se non collegate a un Ricovero:

- Angiografia
- Diagnostica istologica e citologica (biopsia)
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Cistoscopia
- Colangiografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Diagnostica Endoscopica dell'apparato digerente ed urologico
- Diagnostica Endoscopica dell'apparato urogenitale
- Ecocardiografia a riposo e da sforzo
- Ecodoppler
- Ecografia Intravascolare
- Ecografia Trans-Esofagea
- Ecotomografia
- Esame Holter
- Esami Istopatologici
- EEG Mapping (Mapping del cervello)
- Elettromiografia (EMG)
- Elettroneurografia (ENG)
- Elettronistagmografia
- Fibrobroncoscopia
- Fistolografia
- Fluoroangiografia Oculare
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Laparoscopia
- Linfografia
- Mammografia digitale
- Mielografia
- Mineralogia ossea computerizzata (MOC)
- Pet - Tomografia ad Emissione di Positroni
- Polisonnografia
- Potenziali evocati motori (PEM)
- Potenziali evocati somatosensoriali (PESS)
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scialografia con Contrasto
- Scintigrafia
- SPECT - Tomografia ad emissione di fotone singolo
- Splenoportografia
- Studio urodinamico
- Stroboscopia laringea digitale
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia Ottica Computerizzata (OTC)
- Test del respiro
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia

Ciascuna prestazione viene rimborsata all'Assicurato senza applicazione di alcuno Scoperto:

- sull'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale,
- sulle prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata prenotate tramite Clinica Amica.

Diversamente, per prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, **l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione di uno Scoperto del 20%**.

Art. 2.21 - Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e riabilitazione

L'Impresa rimborsa, **fino alla concorrenza per persona e per anno assicurativo della somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza**, le spese sostenute per:

- onorari medici per visite specialistiche rese necessarie da Malattia o Infortunio (escluse comunque le visite pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche)
- accertamenti diagnostici resi necessari da Malattia o Infortunio e prescritti dal medico curante
- trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti dal medico curante e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione

non collegate a un Ricovero e **non rientranti tra quelle riportate nell'articolo "Accertamenti di alta diagnostica"**.
Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) devono riportare l'indicazione della specialità del medico che, dovrà risultare, ai fini del rimborso, attinente alla patologia diagnosticata.
Ciascuna prestazione o ciclo di terapia (quest'ultimo **purchè previsto da un'unica prescrizione medica**) viene rimborsata all'Assicurato senza applicazione di alcuno Scoperto:

- sull'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale,
- sulle prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata prenotate tramite Clinica Amica.

Diversamente, per prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, **l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo di euro 50,00 per ciascuna prestazione o ciclo di terapia**.

ESCLUSIONI ED OPERATIVITA'

Art. 2.22 - Esclusioni

L'Assicurazione non vale per le spese mediche e i ricoveri dovuti a:

a) conseguenze dirette di infortuni, nonché di malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici in genere che abbiano dato origine a cure e/o ad accertamenti diagnostici anteriormente alla decorrenza del contratto e sottaciuti all'Impresa con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione;
b) cure dei disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi;
c) intossicazioni e patologie direttamente conseguenti ad abuso clinicamente accertato di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
d) patologie correlate alla infezione da HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
e) prestazioni dietologiche e prestazioni di medicina e chirurgia estetica, salvo per intervento di chirurgia plastica ricostruttiva, correlabile ad Infortunio o neoplasia maligna indennizzabili a termini di Polizza, effettuato una sola volta dopo l'Intervento chirurgico demolitivo;
f) acquisto, manutenzione, riparazione e spese per la sostituzione di dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi, salvo quelli applicati durante l'intervento e indicati alla lettera a) dell'articolo "Ricovero per grandi interventi e malattie gravi" della presente Sezione - Grandi interventi, malattie gravi e Diaria e dell'articolo "Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero" della presente Sezione - Globale spese mediche;
g) conseguenze dirette o indirette di reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate, salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato stesso per terapie mediche;
h) necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza, quando siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
i) necessità dell'Assicurato di essere assistito in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, ancorché nell'ambito di una Struttura sanitaria, salvo quanto previsto, relativamente alle cure termali nell'ambito delle spese sostenute nei 120 giorni successivi al Ricovero, dalle singole garanzie previste alla presente Sezione;
j) conseguenze di infortuni causati da ubriachezza (con tasso alcolemico superiore o uguale a 1,5 g/l), uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
k) infortuni causati da partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, fatta eccezione per gli infortuni sofferti in conseguenza di imprudenze o negligenze anche gravi dell'Assicurato;
l) infortuni causati da guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche; la copertura assicurativa vale tuttavia per gli infortuni subiti mentre l'Assicurato si trova al di fuori della propria nazione di residenza, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione, e **semprechè l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in una nazione sino ad allora in condizioni di pace e purchè non vi abbia partecipato in modo volontario**. è sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;

m) conseguenze di partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
n) infortuni causati da pratica di sport aerei in genere o da uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura;
o) infortuni causati da pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
p) prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio della professione;
q) trattamenti terapeutici di agopuntura, salvo quelli effettuati da personale medico durante il Ricovero e indicati alla lettera a) dell'articolo "Ricovero per grandi interventi e malattie gravi" della presente Sezione - Grandi interventi, malattie gravi e Diaria e dell'articolo "Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero" della presente Sezione - Globale spese mediche;
r) cure e interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fatta eccezione per difetti fisici o malformazioni preesistenti e non noti all'Assicurato al momento della stipulazione;
s) terapie, di qualsiasi tipo, dell'impotenza, della sterilità e della fecondazione assistita;
t) interruzione volontaria della gravidanza non a fini terapeutici;
u) cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del periodonto, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da Infortunio o effettuate entro 360 giorni dal Ricovero per una Malattia neoplastica indennizzabile a termini di Polizza sempreché rese necessarie dalla Malattia stessa;
v) interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;
w) necessità di praticare check-up clinici;
x) procedure mediche e interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari.

Art. 2.23 - Persone non assicurabili

Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute, non sono assicurabili le persone affette da:
- alcolismo e tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Qualora una o più delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso del contratto, quest'ultimo cessa con effetto immediato ai sensi dell'art. 1898 codice civile.

Art. 2.24 - Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 2.25 - Termini di aspettativa

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:
- del giorno di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Infortunio;
- del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Malattia;
- del 180° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di malattie che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici insorti anteriormente alla decorrenza della Polizza, **purché non conosciuti al momento della stipulazione o, se conosciuti, purché dichiarati all'Impresa e non esplicitamente esclusi**;
- dal 300° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di parto.

Qualora la presente Polizza sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra riguardante gli stessi Assicurati e le stesse garanzie, gli anzidetti termini operano dalle ore 24:
- del giorno di decorrenza della precedente Polizza per le prestazioni e le somme assicurate dalla stessa;
- del giorno di decorrenza della presente Polizza, limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori somme eventualmente assicurate.

Art. 2.26 - Ridefinizione del premio per età

Il Premio indicato nella Scheda di Polizza - con esclusione di quello relativo alla garanzia Assistenza - **viene rideterminato ad ogni scadenza annua**, in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato, sulla base dei coefficienti riportati nella "Tabella Coefficienti per età".

Art. 2.27 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Impresa rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 codice civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio o della Malattia.

3. SEZIONE ASSISTENZA

Art. 3.1 - Garanzie prestate

Le garanzie ed i servizi di Assistenza di seguito precisati sono prestati dall'Impresa tramite la Centrale Operativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l. in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

Condizioni di assicurazione

AVVERTENZE: Il servizio di Assistenza prestato con la presente Polizza non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze.
Nessun rimborso è previsto senza il preventivo contatto con la Centrale Operativa (per i dettagli si rinvia alla Sezione In caso di Sinistro - Assistenza).

ASSISTENZA SANITARIA

Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione

Quando, in seguito ad Infortunio o Malattia, l'Assicurato o il suo medico curante desiderino effettuare il riesame della documentazione clinica in loro possesso presso un centro medico ritenuto internazionalmente di riferimento per la patologia clinica di cui l'Assicurato soffre, la Centrale Operativa mette a disposizione la propria équipe medica per effettuare il riesame richiesto, in conformità al proprio giudizio di merito, **entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della documentazione medica in possesso dell'Assicurato. Tale termine non include i tempi di ulteriori specifiche indagini cliniche o scientifiche rese necessarie dal caso, da eseguirsi su richiesta del centro medico internazionale refertante**.
In particolare la Centrale Operativa acquisirà e verificherà tutta la documentazione clinica e diagnostica in possesso dell'Assicurato, ricercherà ed identificherà a livello internazionale il centro medico ritenuto eccellente per la specifica patologia dell'Assicurato e vi si rivolgerà per ottenerne la Second Opinion scientifico-specialistica fornendo altresì all'Assicurato, tramite il proprio staff medico, il necessario ed adeguato supporto medico specialistico, anche per ciò che riguarda un primo sostegno psicologico per l'Assicurato e/o per i suoi familiari conviventi, tenendone a proprio carico i relativi costi. Se necessario, la Centrale Operativa provvederà alla traduzione di tutta la documentazione medica necessaria ad ottenere la refertazione scientifico-specialistica e della successiva relativa refertazione, sempre tenendo a proprio carico i relativi costi.
Per l'espletamento di tale prestazione l'Assicurato dovrà fornire ai medici della Centrale Operativa specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.
Qualora, per cause non dipendenti dall'Assicurato e/o non legate all'espletamento di ulteriori specifiche indagini cliniche o scientifiche rese necessarie dal caso, non fosse possibile provvedere alla prestazione entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della documentazione medica in possesso dell'Assicurato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa l'Assicurato potrà rivolgersi presso un centro medico di sua fiducia per l'ottenimento della medesima prestazione, il cui costo sarà rimborsato **nel limite di euro 500,00 per evento**.

Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione

Nel caso in cui, a seguito dell'erogazione della prestazione di 'Second Opinion' prevista al precedente paragrafo, emergesse la necessità di un Ricovero dell'Assicurato presso un centro ospedaliero di alta specializzazione, in Italia o all'estero, per la cura della patologia sofferta, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare a proprie spese il trasporto sanitario dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo (aereo sanitario, aereo di linea con eventuale barella, autoambulanza, treno) e, se necessario, con accompagnamento medico ed infermieristico.
L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale.
Nel caso in cui fosse necessario, la Centrale Operativa provvederà anche ad organizzare a proprie spese il viaggio (a/r) di un accompagnatore (biglietto aereo o ferroviario) e ad organizzare anche il soggiorno dell'accompagnatore tenendo a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione **fino al limite massimo di euro 500,00 per evento**.

Trasferimento da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo

Nel caso in cui emergesse la necessità di trasferire l'Assicurato da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo (ad esempio per riabilitazione, ulteriori cure, lungodegenza ecc.), la Centrale Operativa provvederà:
- ad organizzare a proprie spese il trasporto sanitario dell'Assicurato a mezzo di ambulanza, treno o taxi;
- ad organizzazione a proprie spese il trasporto per il rientro dell'Assicurato al domicilio a seguito di dimissioni dalla struttura in cui si trova a mezzo di ambulanza, treno o taxi.

Validità territoriale: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Traduzione della documentazione medica

Quando, a seguito dell'erogazione della prestazione di 'Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione' prevista al precedente paragrafo, risultasse necessaria la traduzione della cartella clinica e/o della documentazione medica in possesso dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà alla traduzione di tali documenti dall'italiano alla lingua straniera (inglese, francese, tedesco, spagnolo) richiesta dai medici del Centro ospedaliero di destinazione e, successivamente, dalla lingua straniera in cui vengono redatti ulteriori nuovi documenti clinici all'italiano. I costi delle traduzioni rimangono interamente a carico della Centrale Operativa.
Per l'espletamento di tale prestazione l'Assicurato dovrà fornire ai medici della Centrale Operativa specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.
La prestazione sarà effettuata entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della documentazione medica, che dovrà essere prodotta dall'Assicurato. Qualora non fosse possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa l'Assicurato potrà rivolgersi presso un centro di traduzioni di sua fiducia per l'ottenimento della medesima prestazione, il cui costo sarà rimborsato **nel limite di euro 100,00 per evento**.

Condizioni di assicurazione

Servizio di assistenza medica in collegamento telefonico 24 ore su 24

Quando l'Assicurato necessiti di informazioni sanitarie e/o consigli medici a seguito di Infortunio o Malattia, il Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa è a sua disposizione per un consulto telefonico, che sarà effettuato immediatamente o al più tardi tramite ricontatto telefonico entro 4 ore da parte della Centrale Operativa. **Il servizio** è gratuito, **non fornisce diagnosi o prescrizioni** ed è basato su informazioni fornite a distanza dall'Assicurato.
Sulla base delle informazioni acquisite e delle eventuali diagnosi del medico curante, la Centrale Operativa valuterà l'erogazione delle prestazioni di assistenza contrattualmente previste.
Se l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo per sottoporsi a interventi di particolare complessità, la Centrale Operativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, il Servizio di assistenza medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il Centro in questione ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le suddette strutture in Italia e all'estero.
Infine, se l'Assicurato necessita di un consiglio medico-specialistico telefonico, può' conferire tramite il Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa con uno specialista in: Dermatologia, Cardiologia, Dietologia, Geriatria, Ginecologia, Ortopedia, Medicina dello Sport, Pediatria, Reumatologia, Oncologia e Nefrologia a sua disposizione per dare informazioni di prima necessità.
Tale consulenza medico-specialistica telefonica sarà organizzata entro 48 ore lavorative da parte della Centrale Operativa.
Il servizio di consulenza non fornisce diagnosi e/o prescrizioni.
La prenotazione della eventuale visita specialistica è gratuita, i costi della visita sono a carico dell'Assicurato.

Consulenza telefonica su viaggi e medicina

In caso di necessità, la Centrale Operativa metterà a disposizione la propria équipe medica per fornire consulenze ed informazioni utili alle persone che stanno per intraprendere un viaggio in un Paese tropicale o comunque definito a rischio dal punto di vista sanitario:

- vaccinazioni e profilassi per i viaggiatori in procinto di partire per un Paese a rischio sanitario;
- consigli igienico sanitari e norme da adottare durante un viaggio in un Paese a rischio sanitario;
- segnalazione di medici o Centri specializzati in medicina tropicale o infettivologia, sia in Italia che all'estero.

Il servizio è gratuito **e non fornisce diagnosi o prescrizioni** ed è erogato al momento della chiamata da parte dell'Assicurato, o al più tardi tramite ricontatto telefonico entro 4 ore da parte della Centrale Operativa.

Organizzazione di visite specialistiche e accertamenti diagnostici a tariffe agevolate

Tramite la Centrale Operativa, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, verranno organizzate visite specialistiche e accertamenti diagnostici a condizioni economiche agevolate presso i centri medici privati convenzionati con la Centrale Operativa più vicini alla residenza dell'Assicurato. La Centrale Operativa, oltre a fissare l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi agevolati a lui riservati delle visite e degli eventuali accertamenti clinico-diagnostici-strumentali richiesti. Fissato l'appuntamento col centro medico privato convenzionato, **su richiesta dell'Assicurato**, la Centrale Operativa provvederà a ricordare telefonicamente all'Assicurato l'appuntamento fissato il giorno prima dello stesso.
Sono a carico dell'Assicurato i soli costi delle visite mediche e degli accertamenti.
Validità territoriale: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Invio di un medico

Quando, in caso di necessità l'Assicurato richieda un medico presso la propria abitazione, la Centrale Operativa provvede, previa valutazione del proprio Servizio di assistenza medica, a inviare uno dei propri medici convenzionati entro 3 ore dalla richiesta. Qualora non fosse possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa l'Assicurato potrà rivolgersi a un medico di sua fiducia per l'ottenimento della medesima prestazione, il cui costo sarà rimborsato **nel limite di euro 150,00 per evento**.
Nel caso di indisponibilità di uno dei medici convenzionati la Centrale Operativa organizza il trasferimento dell'Assicurato al centro di pronto soccorso più vicino, tenendo a proprio carico i relativi costi.
In caso di emergenza, l'Assicurato deve contattare gli organismi ufficiali di soccorso (servizio 118). L'Impresa non potrà in alcun caso sostituirsi né costituire alternativa al servizio pubblico di pronto intervento sanitario.
Validità territoriale: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Invio di un medico in viaggio

Quando l'Assicurato, in caso di Malattia o Infortunio occorso in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, necessiti di una visita medica, la Centrale Operativa provvede a inviargli un proprio medico convenzionato entro 3 ore dalla richiesta. Qualora non fosse possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa l'Assicurato potrà rivolgersi a un medico di sua fiducia per l'ottenimento della medesima prestazione, il cui costo sarà rimborsato **nel limite di euro 150,00 per evento**.

Condizioni di assicurazione

Nel caso di indisponibilità di uno dei medici convenzionati, la Centrale Operativa organizza il trasferimento dell'Assicurato al centro di pronto soccorso più vicino, tenendo a proprio carico i relativi costi.
In caso di emergenza, l'Assicurato deve contattare gli organismi ufficiali di soccorso (servizio 118). L'Impresa non potrà in alcun caso sostituirsi né costituire alternativa al servizio pubblico di pronto intervento sanitario.
Validità territoriale: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Collegamento continuo con il centro ospedaliero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, sia ricoverato in una Struttura sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, la Centrale Operativa, tramite un collegamento telefonico diretto tra i suoi medici ed il medico curante sul posto, comunicherà ai familiari dell'Assicurato le notizie cliniche aggiornate.
Per l'espletamento di tale prestazione l'Assicurato dovrà fornire ai medici della Centrale Operativa specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

Interprete a disposizione all'estero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, sia ricoverato in una Struttura sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, e trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa metterà a sua disposizione un interprete, o telefonicamente tramite la propria Centrale Operativa, immediatamente o con ricontatto telefonico entro 4 ore oppure, in alternativa, inviandolo direttamente sul posto.
Nel caso di invio sul posto la Centrale Operativa si assumerà i relativi costi **fino ad un massimo di otto ore lavorative per evento**.

Invio medicinali all'estero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, necessiti di medicinali regolarmente prescrittigli e commercializzati in Italia irreperibili sul posto, e a giudizio dei medici della Centrale Operativa non vi siano specialità medicinali equivalenti nel Paese in cui si trova l'Assicurato, la Centrale Operativa, dopo aver ritirato la ricetta presso il medico curante dell'Assicurato in Italia, invierà i medicinali occorrenti con il mezzo più rapido, tenendo conto delle norme internazionali che ne regolano il trasporto. I costi del reperimento ed invio dei medicinali rimangono a carico della Centrale Operativa, **mentre resta a carico dell'Assicurato il costo dei medicinali stessi**.
L'organizzazione della spedizione sarà effettuata entro 2 giorni lavorativi dal rilascio della ricetta da parte del medico curante dell'Assicurato in Italia. Qualora l'affidamento della spedizione al corriere incaricato non avvenisse entro il termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa l'Assicurato potrà provvedere in proprio alla spedizione, il cui costo sarà rimborsato **nel limite di euro 100,00 per evento**.

Anticipo denaro per spese mediche all'estero

Quando l'Assicurato, in viaggio all'estero, necessiti di un anticipo di denaro per sostenere spese mediche impreviste, conseguenti ad Infortunio o Malattia improvvisa, la Centrale Operativa anticiperà all'Assicurato il necessario importo, **fino ad un massimo di euro 1.000,00 per evento**, a fronte di adeguata garanzia bancaria. L'Assicurato dovrà restituire alla Centrale Operativa la somma ricevuta a titolo di anticipo, **entro un mese dal suo rientro al domicilio in Italia. In mancanza, dovrà versare alla Centrale Operativa anche gli interessi al tasso legale corrente nel frattempo maturati**.

Familiare accanto

Quando, in caso di Infortunio o Malattia avvenuti in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, l'Assicurato viene ricoverato in Struttura sanitaria **per un periodo superiore a 4 giorni**, la Centrale Operativa mette a disposizione di un parente un biglietto aereo (classe turistica A/R) o ferroviario (1a classe A/R), per recarsi sul posto ad assistere l'Assicurato. In alternativa il parente potrà richiedere alla Centrale Operativa che gli venga messa a disposizione una vettura a noleggio per raggiungere l'Assicurato, per cui non sopporterà alcuna spesa entro il limite di costo del biglietto aereo o ferroviario che gli avrebbe fornito la Centrale Operativa. **A carico del parente resterà l'eventuale maggior spesa oltre il limite predetto**.
La prenotazione dei servizi per il trasferimento del familiare sarà effettuata entro 2 giorni lavorativi dalla richiesta. Qualora non fosse possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa l'Assicurato potrà provvedere in proprio alla prenotazione, il cui costo sarà rimborsato **nel limite di euro 300,00 per evento**.
Nel caso in cui il Ricovero sia per un **periodo superiore a 7 giorni**, la Centrale Operativa provvederà anche ad organizzare il soggiorno del familiare in un albergo in loco, tenendo a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione **fino al limite massimo di euro 500,00 per evento**.
La prenotazione del soggiorno del familiare sarà effettuata entro 2 giorni lavorativi dalla richiesta. Qualora non fosse possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa l'Assicurato potrà provvedere in proprio alla prenotazione, il cui costo sarà rimborsato **nel limite di euro 500,00 per evento**.

Condizioni di assicurazione

Rientro al domicilio o rimpatrio sanitario

La garanzia opera a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa dell'Assicurato in viaggio al di fuori della provincia di residenza. Qualora le condizioni dell'Assicurato, accertate dal Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa in accordo con il medico curante sul posto, richiedano il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato in Italia o al domicilio stesso, oppure qualora l'Assicurato non sia in grado di rientrare al domicilio autonomamente a seguito di dimissione ospedaliera, la Centrale Operativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo dal Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa in accordo con il medico curante sul posto:

- aereo sanitario con équipe medica
- aereo di linea in classe turistica con eventuale barella
- ambulanza
- treno (se necessario in vagone letto)
- ogni altro mezzo ritenuto opportuno e adeguato.

Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico o infermieristico. **L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale o per i rimpatri verso l'Italia dai Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo**.

Rientro / Rimpatrio figli minori

Quando, in seguito a decesso o Ricovero ospedaliero dell'Assicurato dovuto ad Infortunio o Malattia, eventuali minori di anni 15 rimangano senza accompagnatore, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il rientro con accompagnatore, mettendo a disposizione di un parente o di altra persona designata dall'Assicurato, residente in Italia, un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (1a classe) per recarsi sul posto tenendone a carico i relativi costi.
La prenotazione dei servizi per il trasferimento del familiare sarà effettuata entro 2 giorni lavorativi dalla richiesta. Qualora non fosse possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa l'Assicurato potrà provvedere in proprio alla prenotazione, il cui costo sarà rimborsato **nel limite di euro 300,00 per evento**.
In alternativa, la Centrale Operativa provvederà a proprie spese al rimpatrio dei minori, mettendo a disposizione un proprio accompagnatore.

Trasferimento/Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa verificatisi in viaggio, la Centrale Operativa si incarica, a proprie spese, dell'adempimento di tutte le formalità sul posto e del trasporto della salma (incluse le spese del feretro, in conformità con le norme internazionali), fino al luogo di sepoltura. **Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione**. In alternativa, qualora l'Assicurato avesse espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa vi provvede a proprie spese.

TEMPORARY INABILITY CARE

Validità territoriale: Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

Le seguenti garanzie operano in seguito all'avvenuto Ricovero dell'Assicurato, causato da Infortunio, intervento specialistico o grave Malattia, presso un pronto soccorso, Day Hospital, Day Surgery od ospedale e, con la sola eccezione della garanzia "Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche", qualora l'Assicurato riceva una **prognosi di Inabilità temporanea superiore a 7 giorni**.
La Centrale Operativa provvede alle esigenze mediche e logistico-organizzative dell'Assicurato con un aiuto domiciliare concreto per un periodo massimo di 37 giorni continuativi e non frazionabili dalla data della sua dimissione, secondo le indicazioni riportate nella prognosi.
La tipologia, l'articolazione e la durata dell'erogazione all'Assicurato delle prestazioni previste avverrà a giudizio del Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa in riferimento alle sue condizioni di salute.
Per consentirne la necessaria programmazione, le prestazioni non potranno essere erogate prima di 2 giorni lavorativi dalla richiesta dell'Assicurato e comunque dalla ricezione da parte del Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerga la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.
Le prestazioni riferite alla stessa patologia o evento non potranno esser richieste più di una volta per anno assicurativo.
Si conviene di raddoppiare i massimali delle prestazioni di seguito riportate qualora l'Assicurato si trovi temporaneamente in condizioni di non autosufficienza.

- Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche
  L'Assicurato che necessiti di presidi ortopedici (a titolo esemplificativo: stampelle, sedia a rotelle, letto ortopedico, materasso antidecubito), prescritti dal medico curante, può richiederli alla Centrale Operativa che li metterà a sua disposizione in comodato d'uso e secondo necessità. La prestazione è totalmente a carico della Centrale Operativa.
  La prestazione sarà erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerga la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tale/i presidi entro il termine indicato, o nel caso in cui l'Assicurato necessitasse di presidi da adattare alle sue esigenze (a titolo esaustivo: collare, busto ortopedico, tutore Donjoy), la Centrale Operativa provvederà a rimborsare all'Assicurato le relative spese **sino a un massimo di euro 350,00 per evento, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale**.

- Controllo a distanza delle condizioni di salute
  La Centrale Operativa telefonerà periodicamente all'Assicurato per verificare l'evoluzione clinica e il buon esito delle terapie e delle prescrizioni mediche assegnate al suo caso. Qualora venisse riscontrata la necessità di un intervento medico domiciliare durante l'azione di controllo, la Centrale Operativa organizzerà tale intervento attivando la prestazione "Invio di un medico", secondo quanto ivi previsto.

- Organizzazione e presa in carico dei costi di trasporto verso centri medico-diagnostici
  Quando l'Assicurato debba eseguire delle visite e/o esami prescritti dal medico che lo ha in cura, la Centrale Operativa organizza e prende a carico i costi relativi al trasporto dell'Assicurato verso il più vicino centro medico-diagnostico, con il mezzo ritenuto più idoneo alle sue condizioni, quale ambulanza, treno o taxi. La Centrale Operativa provvederà inoltre a mettere a disposizione dell'Assicurato un eventuale accompagnatore, se necessario e qualora nessuno dei familiari fosse disponibile.

- Invio di un infermiere al domicilio
  Quando l'Assicurato necessiti di assistenza infermieristica entro i primi 30 giorni successivi alla sua dimissione, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa **sino a un massimo di euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi**.
  La prestazione sarà erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerga la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.
  Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire un infermiere entro il termine indicato, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi**.

- Esami del sangue a domicilio
  L'Assicurato può richiedere alla Centrale Operativa di effettuare al domicilio gli esami del sangue prescritti dal proprio medico curante qualora le sue condizioni di salute, certificate dal medico stesso, non gli permettano di lasciare il proprio domicilio. La Centrale Operativa, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, organizzerà il prelievo del sangue al domicilio dell'Assicurato entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerga la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.
  Il costo relativo all'organizzazione del servizio ed al prelievo di sangue rimane a carico della Centrale Operativa, **mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami ed accertamenti eseguiti**.
  Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile effettuare la prestazione entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per l'organizzazione del prelievo al domicilio, nel limite di **euro 100,00 per evento e con l'esclusione del costo degli esami ed accertamenti eseguiti**.

- Esame radiologico al domicilio **(Rx torace)**
  Qualora l'Assicurato necessiti di un esame radiologico al torace e fosse impossibilitato per motivi di salute a spostarsi da casa, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un radiologo al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa.
  La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, sarà erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerga la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.
  Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire un radiologo entro il termine indicato, previo accordo telefonico, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di euro 500,00**.

- Esame ecografico al domicilio
  Qualora l'Assicurato necessiti di un esame ecografico e fosse impossibilitato per motivi di salute a spostarsi da casa, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un ecografo al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa.
  La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, sarà erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerga la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire un ecografista entro il termine indicato, previo accordo telefonico, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel **limite di euro 500,00**.
E' prevista esclusivamente l'ecografia dell'addome completo, addome inferiore, addome superiore, capo del collo, cute e tessuti sottocutanei, grossi vasi addominali.

- Consegna esiti a domicilio
  Quando l'Assicurato si è sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate presso la propria provincia di residenza e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Centrale Operativa provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assicurato o al medico da questi indicato. Il costo relativo all'organizzazione del servizio di consegna rimane a carico della Centrale Operativa, mentre i **costi delle prestazioni sono interamente a carico dell'Assicurato**.
  La prestazione sarà effettuata entro 48 ore lavorative dal momento in cui la Centrale Operativa disporrà della documentazione atta al ritiro degli accertamenti. Qualora non fosse possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa l'Assicurato potrà provvedere in proprio all'organizzazione della consegna, il cui costo sarà rimborsato **nel limite di euro 50,00 per evento**.

- Consegna medicinali a domicilio
  Quando l'Assicurato necessita di medicinali regolarmente prescritti dal suo medico curante e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico stesso, la Centrale Operativa, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, provvede a recapitargli a domicilio i medicinali prescritti. Il costo relativo all'organizzazione del servizio di consegna rimane a carico della Centrale Operativa, **mentre restano interamente a carico dell'Assicurato i costi dei medicinali**.
  La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, sarà erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerga la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.
  Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile effettuare la consegna entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per l'organizzazione della spedizione, nel limite di **euro 100,00 per evento e con l'esclusione del costo dei medicinali**.

- Ascolto e supporto psicologico
  La Centrale Operativa metterà a disposizione dell'Assicurato uno psicologo per aiutarlo a superare emotivamente la condizione di Inabilità temporanea nel corso di un ascolto telefonico, tenendone a proprio carico il relativo costo.
  La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, sarà erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerga la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.
  Su richiesta dell'Assicurato la Centrale Operativa potrà anche organizzare una o più sedute terapeutiche presso uno specialista, **il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato**.

- Disbrigo pagamento utenze domiciliari
  La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di Inabilità temporanea, qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potervi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre **resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari**.
  La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, sarà erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerga la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.
  Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile effettuare la prestazione entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per l'organizzazione del servizio, nel limite di **euro 100,00 per evento e con l'esclusione degli importi relativi alle utenze domiciliari**.

- Disbrigo faccende domestiche
  Quando l'Assicurato sia oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessiti di un aiuto domestico durante il periodo di Ricovero e comunque non oltre i primi 30 giorni successivi alla dimissione, la Centrale Operativa provvede a inviargli a domicilio una colf, baby sitter, dog sitter o aiuto-spesa secondo necessità, tenendo a proprio carico la relativa spesa **sino a un massimo di euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi**.
  L'erogazione del servizio potrà avvenire solo in concomitanza della presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato presso la sua abitazione.
  La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, sarà erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerga la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti entro il termine indicato, previo accordo telefonico, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale**.

- Ricovero auto
  La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potervi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, **mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo**.

Oppure, in alternativa a tutte le garanzie e servizi Temporary Inability Care precedentemente riportate, l'Assicurato ha diritto alla seguente prestazione.

Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita
In caso di Ricovero dell'Assicurato presso una Residenza Sanitaria Assistita, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per le rette di degenza **con il limite di euro 160,00 al giorno, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale**.
In concomitanza con il periodo di Ricovero presso la Residenza Sanitaria Assistita di cui sopra, saranno a disposizione dell'Assicurato le seguenti prestazioni che verranno organizzate ed erogate dalla Centrale Operativa in accordo con l'Assicurato stesso, in base alle effettive difficoltà logistiche ed operative che comporta l'assenza dell'Assicurato da casa:

- Disbrigo pagamento utenze domiciliari
  La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di Ricovero dell'Assicurato presso la Residenza Sanitaria Assistita. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre **resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari**.
  La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, sarà erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerga la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.
  Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile effettuare la prestazione entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per l'organizzazione del servizio, nel limite di **euro 100,00 per evento e con l'esclusione degli importi relativi alle utenze domiciliari**.

- Disbrigo faccende domestiche
  La Centrale Operativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato una collaboratrice domestica per sostituirlo nella conduzione della sua casa e nella cura dei suoi animali domestici durante il suo periodo di Ricovero nella Residenza Sanitaria Assistita. L'erogazione del servizio potrà avvenire solo in concomitanza della presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato presso la sua abitazione. La Centrale Operativa terrà a proprio carico i relativi costi **fino ad un massimo di euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi**.
  La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, sarà erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerga la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.
  Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti entro il termine indicato, previo accordo telefonico, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale. Su richiesta dell'Assicurato**, la Centrale Operativa provvederà, inoltre, ad organizzare il Ricovero temporaneo dei suoi animali domestici presso un centro specializzato, **il cui costo rimarrà interamente a carico dell'Assicurato**.

- Protezione abitazione
  La Centrale Operativa provvederà per l'Assicurato - ricoverato presso la Residenza Sanitaria Assistita - al reperimento ed all'invio di una guardia giurata per la sorveglianza della sua abitazione qualora i mezzi di chiusura della stessa risultassero compromessi e non più operanti a seguito di effrazione e/o scasso. **L'erogazione del servizio potrà avvenire solo a seguito di regolare denuncia sporta presso le competenti autorità territoriali. La Centrale Operativa terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo per evento di euro 250,00 oppure di euro 280,00 qualora non fosse in grado di erogare direttamente il servizio. Su richiesta dell'Assicurato** la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il ripristino dei mezzi di chiusura dell'abitazione, **il cui costo rimarrà interamente a carico dell'Assicurato**.

- Ricovero auto
  La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione durante il periodo di Ricovero dell'Assicurato stesso presso la Residenza Sanitaria Assistita. Il ritiro del veicolo da parte degli incaricati della Centrale Operativa potrà avvenire solo in presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato sul posto. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre **resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo**.

Art. 3.2 - Raddoppio massimali

Si conviene di raddoppiare i massimali previsti per le garanzie Assistenza di cui alle presenti Condizioni di assicurazione nel caso in cui l'Assicurato sia già titolare di analoghe prestazioni in quanto presenti su altre polizze da questi sottoscritte con l'Impresa in corso di validità al momento della sua richiesta.

Art. 3.3 - Validità territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero, fatta eccezione di quanto eventualmente specificato all'interno di ogni singola prestazione.
Restano in ogni caso esclusi i paesi che, pur rientrando nell'ambito di validità della polizza, al momento della richiesta di attivazione di assistenza risultano sottoposti ad embargo (totale o parziale) oppure a provvedimenti sanzionatori da parte dell'ONU e/o UE.
L'elenco di tali paesi è disponibile anche sul sito www.allianz-global-assistance.it/corporate/Prodotti/avvertenze/.

Art. 3.4 - Esclusioni comuni a tutte le garanzie Assistenza

E' escluso dall'Assicurazione ogni Indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

a) danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere;
b) scioperi, sommosse, tumulti popolari;
c) coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio;
d) confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale;
e) atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa;
f) viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
g) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;
h) esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti;
i) materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico;
j) inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
k) dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere;
l) atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo;
m) abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
n) infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta;
o) suicidio o tentativo di suicidio;
p) epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
q) quarantene.

Sono, inoltre, escluse le prestazioni in dipendenza di:

r) esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai;
s) infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti;

t) interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni;
u) cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie;
v) cure ed interventi per l'eliminazione di difetti fisici, di malformazioni congenite, cure riabilitative, infermieristiche, dimagranti o termali, applicazioni di carattere estetico e di protesi in genere;
w) espianto/trapianto di organi.

Sono escluse le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.

Art. 3.5 - Disposizioni e limitazioni comuni a tutte le garanzie Assistenza

a) la Centrale Operativa si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge;
b) la Centrale Operativa non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute;
c) nei casi in cui l'Assicurato benefici di prestazioni di assistenza analoghe e richieda l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazioni, le prestazioni previste dalla presente copertura sono operanti esclusivamente quale rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la prestazione.
d) in ogni caso, i costi verranno risarciti complessivamente una volta sola;
e) la Centrale Operativa tiene a proprio carico il costo delle prestazioni fino al capitale stabilito nelle singole garanzie. Eventuali eccedenze rispetto al massimale restano a carico dell'Assicurato;
f) il diritto alle prestazioni di assistenza decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del Sinistro;
g) ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Centrale Operativa derivante dal presente Contratto si prescrive ai sensi dell'art. 2952 del c.c. al compimento di due anni dalla data di scadenza del servizio stesso;
h) le prestazioni sono fornite per la durata contrattuale e secondo quanto previsto nelle singole garanzie; all'estero esclusivamente per soggiorni non superiori a 60 giorni consecutivi.

La Centrale Operativa non potrà essere ritenuta responsabile di:
a) ritardi conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore;
b) errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato.

La messa a disposizione di un biglietto di viaggio si intende prestata con:
- aereo di linea (classe economica);
- treno (prima classe).

Il servizio fornito dalla Centrale Operativa non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento sanitario, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze sanitarie.

4. IN CASO DI SINISTRO

RICOVERO ED EXTRA RICOVERO

Art. 4.1 - Obblighi

In caso di Sinistro, **il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia scritta** all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo **entro 15 giorni dal verificarsi del Sinistro o dalla data di dimissione dalla Struttura sanitaria**.
L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.

In caso di necessità di Ricovero, per attivare il servizio di pagamento diretto, previsto dalle Condizioni di assicurazione alla Sezione Ricovero ed extra ricovero - Grandi interventi, malattie gravi e Diaria e Globale spese mediche, **il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve preventivamente contattare Clinica Amica** ai seguenti recapiti, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno:
- Numero verde: 800686868
- dall'estero: +39 02 26609167
- e-mail: salute@allianz.com

formalizzando così anche la denuncia del Sinistro.
Inoltre, Clinica Amica può essere contattata anche tramite l'App AllianzNOW, scaricabile gratuitamente sui dispositivi abilitati.
In caso di impossibilità a contattare preventivamente Clinica Amica, è possibile richiedere l'attivazione del pagamento diretto anche durante il Ricovero dell'Assicurato nella Struttura sanitaria convenzionata.
Dopo avere comunicato a Clinica Amica:
- numero di polizza;
- nome e cognome dell'Assicurato che richiede il servizio;

- recapito telefonico e/o indirizzo e-mail.

Clinica Amica verifica la posizione amministrativa dell'Assicurato, chiede l'invio della documentazione medica necessaria per valutare se è possibile autorizzare la prestazione e provvede ad attivare il servizio di pagamento diretto presso la Struttura sanitaria convenzionata scelta.
Nel caso in cui l'Assicurato contatti Clinica Amica, prima o durante un Ricovero in una Struttura sanitaria all'estero, Clinica Amica provvede a contattare direttamente la Struttura sanitaria scelta dall'Assicurato per attivare il pagamento diretto delle spese relative al Ricovero.
Se Clinica Amica, pur attivandosi con la Struttura sanitaria per attivare il pagamento diretto non riesce ad ottenerlo, il Sinistro verrà liquidato con il rimborso all'Assicurato delle spese relative al Ricovero senza applicazione dello Scoperto e nei limiti delle somme assicurate previste per i ricoveri con attivazione del pagamento diretto.
In tutti i casi, invece, in cui l'Assicurato non contatti Clinica Amica, sia in Italia che all'estero, il Sinistro verrà liquidato a rimborso **con l'applicazione dell'eventuale Scoperto e nei limiti delle somme assicurate previste per i ricoveri senza attivazione del pagamento diretto** indicati nella Scheda di Polizza.

Per beneficiare del rimborso senza applicazione dello Scoperto previsto dalle Condizioni di assicurazione per le eventuali spese extra ricovero, relative a:
- spese mediche sostenute prima e dopo il Ricovero
- Accertamenti di alta diagnostica
- Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e riabilitazione

se operanti per l'Assicurato, **il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve preventivamente contattare Clinica Amica per prenotare la prestazione eseguibile presso una Struttura sanitaria convenzionata**.
Per prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, **l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione dello Scoperto previsto dalle Condizioni di assicurazione alla Sezione Ricovero ed extra ricovero**.
Qualora, successivamente alla prenotazione effettuata tramite Clinica Amica, il rimborso dovesse comunque risultare, per qualsiasi motivo, non dovuto a termini di Polizza, **l'Impresa non procederà ad alcuna liquidazione. La prenotazione effettuata tramite Clinica Amica non costituisce conseguentemente conferma dell'operatività della garanzia**.

Per tutte le modalità di liquidazione delle prestazioni previste dal contratto, **il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve**:
- fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa alla Malattia e/o all'Infortunio che hanno determinato il Ricovero;
- fornire copia dei certificati medici di prescrizione per le eventuali prestazioni extra ricovero;
- presentare gli originali delle notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate relative alle spese sostenute.

L'Assicurato deve altresì:
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Nel caso in cui, durante il periodo di cura, sopravvenga la morte dell'Assicurato, **il Contraente** - se diverso dall'Assicurato - **o i suoi eredi legittimi devono darne immediato avviso all'Impresa** e gli adempimenti di cui sopra dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

Art. 4.2 - Pagamento dell'indennizzo

Il pagamento viene sempre effettuato a cura ultimata.
Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa determina l'Indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni da quest'ultima.
L'Impresa provvede a restituire all'Assicurato gli originali delle notule, distinte e ricevute, previa apposizione della data e degli estremi della liquidazione dell'Indennizzo.
Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte o ricevute per ottenere il rimborso, l'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto, **al netto di quanto a carico dei predetti terzi**, salvo quanto previsto dall'articolo "Rinuncia al diritto di surrogazione".
Il giorno di Ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione dell'Indennità giornaliera per Ricovero.
Per i ricoveri e le spese avvenute all'estero, la corresponsione dell'Indennità e gli eventuali rimborsi vengono eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale Europea.

Art. 4.3 - Procedura per la valutazione del danno

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

In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di Indennizzo o sull'indennizzabilità del Sinistro, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.
Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.
Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di Polizza.
Il Collegio dei Medici risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.
Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.
Le decisioni del Collegio dei Medici sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.
I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.
Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Art. 4.4 - Obbligo di restituzione degli indennizzi erogati per spese non dovute

In caso di pagamenti effettuati direttamente a Strutture sanitarie convenzionate che, successivamente, dovessero risultare per qualsiasi motivo non dovuti a termini di Polizza, l'Impresa si riserva il diritto di richiedere al Contraente e/o all'Assicurato la restituzione di tali somme e questi sono obbligati a rimborsare quanto dovuto all'Impresa.

ASSISTENZA

Art. 4.5 - Obblighi

Qualora **il Contraente o l'Assicurato** debba richiedere l'attivazione e l'erogazione delle prestazioni di Assistenza **dovrà contattare telefonicamente** la Centrale Operativa chiamando i seguenti numeri:
- numero verde 800 68 68 68 dall'Italia;
- numero + 39 02 26 609 166 (anche per chiamate dall'estero);
- telefax +39 02 26 624 035

indicando con precisione:
- il tipo di assistenza di cui necessita;
- cognome e nome;
- indirizzo e luogo da cui chiama;
- eventuale recapito telefonico;
- il numero di Polizza.

La richiesta di rimborso delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa, **dovrà essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi in originale a**:

Ufficio Liquidazione Sinistri Assistenza
AWP Service Italia S.c.a r.l.
Casella Postale 302
Via Cordusio 4 - 20123 Milano (Mi)

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate.
Inoltre, per facilitare la pratica di rimborso, si ricorda di:
- farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla richiesta di Assistenza il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo;
- comunicare, insieme alla documentazione del danno, il codice IBAN del conto corrente sul quale si chiede di effettuare il bonifico ed il proprio codice fiscale.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

Le presenti condizioni particolari sono valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza.

B - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio indicata nella Scheda di Polizza.
Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente Assicurazione saranno svolti, per conto del Contraente, dalla precitata società di brokeraggio.

Condizioni di assicurazione

AU - Adeguamento automatico annuale

Le somme/massimali assicurati, i limiti d'Indennizzo (non espressi in percentuale) ed il **Premio**, previsti nella Scheda di Polizza, **sono aumentati del 2,5% ad ogni rinnovo annuale**; sono esclusi da tale adeguamento gli scoperti/franchigie eventualmente previsti ed indicati nella Scheda di Polizza.
Premesso che con l'espressione:

- "indice" si intende l'indice rappresentato dalla media ponderata dei numeri indice "onorari specialisti", "accertamenti diagnostici" e "retta clinica" rilevati dall'Istituto Centrale di Statistica;
- "indice di riferimento annuale" si intende:
  - l'indice relativo al mese di marzo dell'anno precedente quello di scadenza della rata annuale di Premio se detta scadenza cade nel primo semestre;
  - l'indice relativo al mese di settembre dell'anno precedente quello di scadenza della rata annuale di Premio se detta scadenza cade nel secondo semestre;

si conviene che l'**adeguamento automatico del 2,5% non troverà applicazione nel caso in cui, alla scadenza di ogni annualità**, il rapporto tra l'"indice di riferimento annuale" e quello immediatamente precedente sia superiore alla suddetta percentuale del 2,5%.
In tal caso l'adeguamento di cui al paragrafo precedente sarà operato in conformità al rapporto tra l'"indice di riferimento annuale" e quello immediatamente precedente.
Resta inteso che, in ogni caso, l'adeguamento non potrà mai essere inferiore al 2,5% annuo.
Sono sempre esclusi da tale indicizzazione gli scoperti/franchigie eventualmente previsti ed indicati nella Scheda di Polizza.
Qualora il suddetto indice non fosse più disponibile, l'Impresa si riserva di adottare un indice equipollente, previa comunicazione al Contraente e ferme restando le modalità di indicizzazione sopra indicate.
A fronte dell'adeguamento automatico annuale sopra descritto, l'Impresa riconosce al Contraente la facoltà di recedere dalla presente condizione particolare, **senza alcun obbligo - per l'Impresa stessa - di comunicare, preventivamente, la variazione** delle somme/massimali assicurati, dei limiti d'Indennizzo (non espressi in percentuale) e del Premio.
Nel caso in cui il Contraente comunichi l'esercizio del suo diritto di recesso dalla condizione particolare "Adeguamento automatico annuale" entro l'ultimo giorno del termine previsto per il pagamento dei premi indicato nell'articolo "Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio" delle Condizioni generali di assicurazione, la stessa cesserà di produrre i propri effetti dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa conclusa. Nel caso in cui il Contraente comunichi l'esercizio del suo diritto di recesso dalla condizione particolare "Adeguamento automatico annuale" successivamente a tale termine, essa cesserà di produrre effetti dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa successiva. In entrambi i casi l'Impresa provvederà all'aggiornamento del contratto adeguandone le condizioni normative e di Premio.

M - Proroga del termine di pagamento del premio

A parziale deroga dell'articolo "Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio" delle Condizioni generali di assicurazione, il termine di 15 giorni, fissato per il pagamento delle rate di Premio successive alla prima, s'intende elevato a 30 giorni.

P - Deroga alla proroga del contratto

A parziale deroga dell'articolo "Durata e proroga dell'assicurazione" delle Condizioni generali di assicurazione, il presente contratto non verrà tacitamente rinnovato alla sua naturale scadenza.

T - Polizza temporanea di durata inferiore a un anno

Ad integrazione dell'articolo "Esclusioni" della Sezione Ricovero ed extra ricovero - Esclusioni ed operatività, **è escluso** dall'Assicurazione il parto, nonché le malattie che siano espressione o conseguenza di stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione della Polizza, anche se non conosciuti o non ancora manifestatisi.
Si intendono pertanto abrogati gli articoli "Prestazioni per il nascituro", "Prestazioni per il parto" e "Prestazioni per il neonato", della Sezione Ricovero ed extra ricovero - Globale spese mediche.
A parziale deroga dell'articolo "Termini di aspettativa" della Sezione Ricovero ed extra ricovero - Esclusioni ed operatività, in caso di Infortunio e/o Malattia, le garanzie hanno effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza del contratto.
A parziale deroga degli articoli "Ricovero con attivazione di pagamento diretto in strutture sanitarie convenzionate" e "Ricovero senza attivazione di pagamento diretto o in strutture sanitarie non convenzionate", **le garanzie** di cui all'articolo "Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero" della Sezione Ricovero ed extra ricovero - Globale spese mediche, si intendono prestate **con un massimale pari a euro 50.000,00 per persona, sia in caso di ricovero in Strutture sanitarie convenzionate, sia in caso di ricovero in Strutture sanitarie non convenzionate. Fermo in ogni caso il limite di euro 10.000,00 per persona** di cui all'articolo "Ricovero senza attivazione di pagamento diretto o in strutture sanitarie non convenzionate" quando previsto.

Condizioni di assicurazione

ELENCO GRAVI MALATTIE

Infarto del Miocardio
Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.

Coronaropatia
Malattia che determini Intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di una o più arterie coronarie con innesto di by-pass, o richieda tecniche invasive anche non chirurgiche, quali l'insufflazione angioplastica.

Ictus Cerebrale (colpo apoplettico)
Accidenti cerebro-vascolari aventi ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implichino morte (necrosi) di tessuto cerebrale.

Malattia Oncologica
Ogni stato di Malattia determinata dalla presenza di neoplasia maligna (quest'ultima sia localizzata che diffusa), comprese tutte le manifestazioni tumorali a carico del sistema linfatico ed emopoietico che determinino o meno un Intervento chirurgico.
Sono compresi anche i tumori benigni dell'encefalo con necessità di intervento chirurgico.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Chirurgia del collo
Gozzo retrosternale con mediastinotomia

Chirurgia dell'apparato digerente
Interventi con esofagoplastica
Resezione gastro-digiunale
Megaesofago
Colectomia totale per malattie infiammatorie del colon
Operazione per megacolon

Urologia - Retto - Ano
Atresia dell'ano con fistola retto uretrale o retto vulvare
Megauretere: chirurgia plastica dell'uretere

Chirurgia epato-bilio-pancreatica
Reinterventi sulle vie biliari
Interventi chirurgici per ipertensione portale
Interventi per pancreatite acuta cronica
Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche

Cardiochirurgia - Chirurgia vascolare
Chirurgia cardio vascolare caratterizzata da interventi sul cuore e sui grandi vasi arteriosi con o senza CEC
- da difetti anatomici primitivi ed acquisiti
- da patologia valvolare
- aneurismi dell'aorta
- stenosi carotidee
- arteriopatie iliaco femorali e poplitee con necessità di by-pass

Chirurgia del Sistema Nervoso Centrale e Periferico
Processi espansivi endocranici di natura benigna e maligna ivi compresi gli aneurismi e gli ematomi
Interventi per via anteriore per le ernie del disco cervicale, dorsali e lombo sacrale
Mielopatia con decompressione osteo-articolare.

Condizioni di assicurazione

Ortopedia e traumatologia
Somatectomie rachidee (vertebrotomie)
Resezioni del sacro
Disarticolazione interscapolo toracica
Osteosintesi vertebrali
Resezione interscapolotoracica
Emipelvectomia
Chirurgia e protesizzazioni custom made
Riprotesizzazione d'anca / spalla / ginocchio
Interventi per ernia discale o mielopatia con artrodesi strumentata e/o con innesti ossei
Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
Uncoforaminotomia
Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
Artrodesi del rachide per via anteriore e posteriore con o senza impianti

Traumi diretti con rotture viscerali
Tutti

Trapianti di organi
Tutti (compreso trapianto di cornea)

Condizioni di assicurazione

TABELLA COEFFICIENTI PER ETA'

Età	Coefficienti	Età	Coefficienti	Età	Coefficienti
1	0,255	28	0,698	55	1,656
2	0,265	29	0,721	56	1,709
3	0,275	30	0,745	57	1,765
4	0,286	31	0,769	58	1,822
5	0,298	32	0,794	59	1,881
6	0,310	33	0,819	60	1,942
7	0,322	34	0,846	61	2,006
8	0,335	35	0,874	62	2,104
9	0,348	36	0,902	63	2,208
10	0,362	37	0,931	64	2,317
11	0,377	38	0,961	65	2,431
12	0,392	39	0,993	66	2,551
13	0,407	40	1,025	67	2,677
14	0,423	41	1,058	68	2,809
15	0,440	42	1,093	69	2,948
16	0,458	43	1,128	70	3,093
17	0,476	44	1,165	71	3,246
18	0,495	45	1,203	72	3,406
19	0,515	46	1,242	73	3,574
20	0,535	47	1,282	74	3,750
21	0,556	48	1,324	75	3,935
22	0,579	49	1,367	76	4,129
23	0,602	50	1,411	77	4,162
24	0,626	51	1,457	78	4,306
25	0,651	52	1,504	79	4,450
26	0,676	53	1,553	80	4,594
27	0,676	54	1,603		