

Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Allianz1 – Emergenze in famiglia"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite nel Fascicolo Informativo composto da Nota Informativa incluso Glossario e Condizioni di assicurazione, nella Scheda di Polizza e nella Scheda tecnica di modulo.

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione contro i danni che offre una serie di servizi di assistenza.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Servizi di assistenza: prestazioni di assistenza a favore dell'Assicurato.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Il servizio pubblico di pronto intervento.



Ci sono limiti di copertura?

Sì, sono presenti esclusioni, franchigie, scoperti, limiti di indennizzo, per il cui dettaglio si rimanda alle Condizioni di assicurazione e alla Scheda tecnica di modulo.



Dove vale la copertura?

L'assicurazione vale in tutto il mondo fatta eccezione per le seguenti prestazioni 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. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.

Per richiedere l'intervento necessario, il Contraente deve preventivamente contattare la Centrale Operativa; le eventuali spese non preventivamente autorizzate non saranno rimborsate.

**Quando e come devo pagare?**

Il premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione del modulo e può essere versato esclusivamente con frazionamento mensile con una maggiorazione del 5,6 % mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit) oppure mediante addebito su carta di credito per il cui dettaglio si rimanda al Fascicolo Informativo.

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 del modulo, e termina alla scadenza indicata nella Scheda tecnica di modulo. In assenza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 15 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 il modulo?**

Il modulo non prevede la possibilità di ripensamento dopo la stipulazione.

Puoi disdettare alla scadenza indicata nel modulo inviando una lettera raccomandata almeno 15 giorni prima della suddetta scadenza.

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.

Contratto di assicurazione assistenza

Allianz Emergenze in famiglia

Fascicolo Informativo

Modello : FI-0012-915-018-01102018

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- Nota Informativa comprensiva del Glossario
- Condizioni di assicurazione

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

Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Allianz S.p.A. - Sede Legale Largo Ugo Imeri 1, 34123 Trieste - Tel. +39 040 7781.111 - Fax +39 040 7781.311
allianz.spa@pec.allianz.it - CF, P.IVA, Reg. Imprese Trieste n.05032630963 - Capitale Sociale euro 403.000.000 i.v.
Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00152 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz - Albo Gruppi Assicurativi
n. 018 - Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco - Codice 01

Allianz 

Servizio Clienti



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



Nota Informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

a Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. Informazioni Generali

- **Denominazione sociale e forma giuridica dell'Impresa assicuratrice**
Allianz S.p.A., Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco (Germania)
- **Sede legale**
Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste (Italia).
- **Recapito Telefonico:** 800.68.68.68; **Sito Internet:** www.allianz.it;
Indirizzo di posta elettronica: allianz.spa@pec.allianz.it.

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni

L'Impresa è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 21 dicembre 2005 n. 2398 ed iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00152 e all'Albo Gruppi Assicurativi n. 018.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni patrimoniali sull'Impresa sono reperibili all'interno della Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria, disponibile sul sito internet: www.allianz.it.

Si precisa, inoltre, che gli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative saranno consultabili sul sito internet: www.allianz.it.

b Informazioni sul contratto

Rinnovo del contratto

AVVERTENZA: il contratto, in assenza di disdetta inviata da una delle Parti a mezzo lettera raccomandata, almeno 15 giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente alla sua naturale scadenza. Nel caso in cui sia inoltrata regolare disdetta si ricorda che la copertura assicurativa cesserà alla scadenza del contratto e non troverà quindi applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'Articolo 1901 c.c., secondo comma. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica dell'Articolo 2 "Durata e proroga della copertura assicurativa" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed Esclusioni

Coperture assicurative

Il presente contratto offre una serie di prestazioni di Assistenza in caso di infortunio, malattia e ricovero. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli 10 "Chi assicuriamo" e 11 "Le prestazioni della copertura assicurativa" presenti nella Sezione OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA.

Limitazioni ed Esclusioni

AVVERTENZA: il contratto prevede una serie di limitazioni ed esclusioni, nonché ipotesi di sospensione della copertura assicurativa, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli 12 "Le esclusioni della copertura assicurativa" e 13 "Disposizioni e limitazioni" presenti nella Sezione OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA.

AVVERTENZA: nel contratto le prestazioni vengono erogate entro certi limiti. Per maggior dettaglio sull'ambito di applicazione di tali limiti si rinvia all'Articolo 11 "Le prestazioni della copertura assicurativa" presente nella Sezione OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA.

Esemplificazione dell'applicazione di limiti di copertura:

Invio di un infermiere al domicilio: si garantiscono le spese relative al costo dell'assistenza infermieristica sino ad un massimo di 150 euro ogni 7 giorni di prognosi. Eventuali somme eccedenti restano a carico dell'Assicurato.

Nota Informativa

4. Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato in ordine alle circostanze di rischio

AVVERTENZA: le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Articoli 1892, 1893 e 1894 c.c..

Per maggior dettaglio si rinvia all'Articolo 6 "Dichiarazioni inesatte od omissioni" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.

5. Aggravamento e Diminuzione del rischio

Tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio e danno luogo ad un aggravamento o ad una diminuzione dello stesso, devono essere tempestivamente comunicate per iscritto dal Contraente e/o dall'Assicurato. Per maggior dettaglio si rinvia agli Articoli 3 "Modifiche della copertura assicurativa", 4 "Aggravamento del rischio" e 5 "Diminuzione del rischio" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.

Esemplificazione

AVVERTENZA: data la natura della copertura assicurativa (Servizi di Assistenza) offerta dal contratto, non sono configurabili esemplificazioni di aggravamento e/o diminuzione del rischio.

6. Premi

Il premio, consistente in una somma di denaro, è l'oggetto della prestazione del Contraente e costituisce il corrispettivo della prestazione dell'Impresa, al verificarsi del sinistro.

Il premio, determinato per periodi di assicurazione di un anno, viene corrisposto con periodicità mensile, mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit) oppure mediante addebito su carta di credito in base a quanto di seguito riportato.

Procedura SDD

Per il primo pagamento il Contraente può utilizzare i seguenti mezzi di pagamento:

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, sistemi di pagamento elettronico, 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.

Dal secondo pagamento in poi, il premio viene corrisposto mediante SDD (Sepa Direct Debit).

Per attivare tale procedura, il Contraente deve autorizzare l'Impresa ad addebitare i premi sul rapporto di conto corrente intrattenuto con la propria Banca, i cui estremi vengono comunicati all'Impresa con la sottoscrizione di apposita delega SDD.

Sono dovute tutte le mensilità per aver diritto alla prestazione assicurativa.

La periodicità mensile del premio ha un valore addizionale del 5,6%.

Addebito su carta di credito

Per il primo pagamento il Contraente deve utilizzare esclusivamente la carta di credito necessaria anche per attivare il pagamento ricorrente.

Dal secondo pagamento in poi, il Contraente deve autorizzare l'Impresa a richiedere, di volta in volta e salvo buon fine, il corrispettivo dovuto in base alle coperture sottoscritte con il presente contratto sulla carta di credito utilizzata per effettuare il primo pagamento.

Sono dovute tutte le mensilità per aver diritto alla prestazione assicurativa.

La periodicità mensile del premio ha un valore addizionale del 5,6%.

7. Adeguamento del Premio

Le prestazioni relative ai Servizi di Assistenza forniti con il presente contratto non sono soggette ad adeguamento del premio.

8. Diritto di Disdetta e di Recesso

Diritto di disdetta

AVVERTENZA: le Parti possono esercitare il diritto di disdetta alla scadenza indicata nel contratto, inviando lettera raccomandata nei termini e con le modalità disciplinate all'Articolo 2 "Durata e proroga della copertura assicurativa" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE, cui si rinvia per maggior dettaglio.

Nota Informativa

Diritto di ripensamento

AVVERTENZA: il diritto di ripensamento può essere esercitato solo nel caso in cui il contratto sia stato acquistato a distanza, intendendosi per tale la sottoscrizione della copertura assicurativa avvenuta con qualunque mezzo che non preveda la presenza fisica e simultanea del Contraente, dell'Impresa, dell'Intermediario puntualmente identificato negli allegati 3 e 4 del Regolamento Ivass n. 40/2018, o di un suo incaricato.

L'Assicurato e/o il Contraente, qualora quest'ultimo rientri nella categoria dei consumatori ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 206/2005, hanno diritto di recedere dal contratto **entro 15 giorni dal pagamento del premio**. Per i termini e le modalità dell'esercizio di tale diritto si rinvia per maggior dettaglio all'Articolo 7 "Diritto di ripensamento" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.

9. Prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Art.2952 c.c. i diritti derivanti dal contratto dei soggetti nel cui interesse è stipulato il contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

10. Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana; le Parti hanno comunque la facoltà, prima della conclusione del contratto stesso, di scegliere una legislazione diversa.

L'Impresa propone di scegliere la legislazione italiana.

Resta comunque ferma l'applicazione di **norme imperative** del diritto italiano.

11. Regime Fiscale

Secondo le vigenti disposizioni di legge, l'aliquota fiscale applicata è il 10% sul premio imponibile di tutte le prestazioni.

C Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

12. Sinistri - pagamento dell'indennizzo

AVVERTENZA: la denuncia del sinistro deve essere effettuata direttamente presso la Centrale Operativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l., con le modalità e nei termini di cui alla disciplina specifica dell'Articolo 15 "Obblighi" presente nella Sezione IN CASO DI SINISTRO, a cui si rinvia per maggior dettaglio.

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto (posta ed e-mail) a **Allianz S.p.A. - Pronto Allianz - Servizio Clienti - Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano - Indirizzo e-mail: reclami@allianz.it o tramite il link presente sul sito internet della Compagnia www.allianz.it/reclami.**

Al reclamo, che verrà riportato in apposito registro elettronico, sarà dato riscontro nel termine massimo di 45 giorni dal ricevimento.

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.

Qualora il Contraente/Assicurato non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo stabilito dal Regolatore, potrà rivolgersi all'**IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 06.42133.206 - PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it**, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa ed il relativo riscontro.

Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i Consumatori - RECLAMI - Guida".

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:

- 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 alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

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.

Nota Informativa

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.

Resta salva comunque per il Contraente/Assicurato che ha presentato reclamo la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Prima di adire l'Autorità Giudiziaria è tuttavia possibile, e in alcuni casi necessario, cercare un accordo amichevole mediante **sistemi alternativi di risoluzione delle controversie**, quali:

- **Mediazione** (L. 9/8/2013, n.98): può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it.
- **Negoziazione assistita** (L. 10/11/2014, n.162): può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.

Nel caso di lite transfrontaliera, tra un Contraente/Assicurato avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede legale in un altro stato membro, il Contraente/Assicurato può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando il reclamo direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (individuabile accedendo al sito internet <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), oppure, se il Contraente/Assicurato ha domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS che provvede all'inoltro al sistema estero competente, dandone notizia al reclamante.

14. Arbitrato

Ricorso all'Arbitrato

Non è prevista la facoltà delle Parti di fare ricorso all'Arbitrato.

Allianz S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.

Allianz S.p.A.
Andrea Costa Giuliana Casamassima



Nota Informativa

GLOSSARIO

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dalla presente copertura assicurativa e la sua **Famiglia Anagrafica** che è l'insieme delle persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o da vincoli affettivi e residenti nella medesima abitazione dell'Assicurato. Non si ha vincolo affettivo se la relazione è di tipo contrattuale o basata su ragioni di economicità.

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.

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).

Impresa: Allianz S.p.A. .

Inabilità temporanea: temporanea incapacità, totale o parziale, ad attendere alla propria attività professionale 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.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Premio: somma dovuta dal Contraente all'Impresa a titolo di corrispettivo per la prestazione.

Ricovero: degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria.

Scheda tecnica di modulo: documento riepilogativo della copertura assicurativa allegato al contratto di assicurazione.

Sinistro: verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

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).

Condizioni di assicurazione

AVVERTENZA: Le Condizioni di assicurazione contengono rinvii alla Scheda di Polizza o alla Scheda tecnica di modulo che costituiscono parte integrante della documentazione contrattuale.

AVVERTENZA: Il Glossario è contenuto nella Nota Informativa e costituisce parte integrante delle Condizioni di assicurazione.

Indice

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

IN CASO DI SINISTRO

Condizioni di assicurazione

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

(Valido solo nel caso in cui il pagamento del premio avvenga mediante procedura SDD)

Art. 1.a - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nella Scheda tecnica di modulo se il Premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il suddetto Premio viene corrisposto con periodicità mensile mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit) ed è dovuto per l'intera annualità.

In caso di mancato pagamento di una singola mensilità, l'importo della stessa viene riaddebitato su quella immediatamente successiva e la copertura assicurativa continua a produrre i propri effetti.

Diversamente la copertura resta sospesa:

- a) dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza della seconda mensilità, nel caso di mancato pagamento di due mensilità consecutive;
- b) dalle ore 24 della prima scadenza mensile successiva alla omessa tempestiva comunicazione del Contraente, in tutti i casi di modifica o di chiusura del rapporto di conto corrente sul quale opera la procedura SDD.

In entrambi i casi di sospensione la copertura assicurativa produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga direttamente presso l'Agenzia tutte le mensilità scadute e non pagate, nonché la parte del Premio residuo a completamento dell'annualità.

(Valido solo nel caso in cui il pagamento del premio avvenga mediante addebito su carta di credito)

Art. 1.b - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nella Scheda tecnica di modulo se il Premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il suddetto Premio viene corrisposto con periodicità mensile mediante addebito su carta di credito ed è dovuto per l'intera annualità. In caso di mancato pagamento di una singola mensilità, l'importo della stessa viene riaddebitato su quella immediatamente successiva e la copertura assicurativa continua a produrre i propri effetti.

Diversamente la copertura resta sospesa:

- a) dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza della seconda mensilità, nel caso di mancato pagamento di due mensilità consecutive;
- b) dalle ore 24 della prima scadenza mensile successiva alla omessa tempestiva comunicazione del Contraente, in tutti i casi di modifica o di chiusura del rapporto di conto corrente o al 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 entrambi i casi di sospensione la copertura assicurativa produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga direttamente presso l'Agenzia tutte le mensilità scadute e non pagate, nonché la parte del Premio residuo a completamento dell'annualità.

Art. 2 - Durata e proroga della copertura assicurativa

La copertura assicurativa scade alle ore 24 dell'ultimo giorno previsto dalla durata indicata nella Scheda tecnica di modulo. In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 15 giorni prima della scadenza, la durata della copertura assicurativa è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 3 - Modifiche della copertura assicurativa

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

Art. 4 - 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 della copertura assicurativa.

Art. 5 - 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. 6 - 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 della copertura assicurativa.

Condizioni di assicurazione

(Valido solo nel caso in cui il contratto sia stato sottoscritto a distanza e cioè con qualunque mezzo che non preveda la presenza fisica e simultanea dell'impresa/intermediario e del contraente)

Art. 7 - Diritto di ripensamento

L'Assicurato e/o il Contraente, qualora quest'ultimo rientri nella categoria dei consumatori ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 206/2005, hanno diritto di recedere dal contratto **entro 15 giorni dal pagamento del premio dandone comunicazione all'Impresa, a condizione che in tale periodo non sia stato denunciato alcun sinistro a termini del presente contratto.**

L'Impresa provvede al rimborso del premio pagato e non goduto - **al netto di imposte e contributi - trattenendo la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.**

Art. 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. 9 - Rinvio alle norme di legge

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

OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Art. 10 - Chi assicuriamo

L'Assicurato è la persona identificata nella Scheda tecnica di modulo e la sua Famiglia anagrafica.

Art. 11 - Le prestazioni della copertura assicurativa

Le prestazioni 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.

AVVERTENZE: Il servizio di Assistenza prestato con la presente copertura assicurativa non è sostitutivo, nè 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 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.**

Condizioni di assicurazione

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**.

Servizio di assistenza medica in collegamento telefonico 24 ore su 24

Quando l'Assicurato necessita 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 avviando 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 e 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.

Condizioni di assicurazione

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, ad 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 ad 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.**

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 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.**

Condizioni di assicurazione

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, necessita 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 (1^a 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**.

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 rimangono 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 (1^a 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.

Condizioni di assicurazione

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 emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Le prestazioni riferite alla stessa patologia o evento non potranno essere 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 emerge 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 emerge 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.**

Condizioni di assicurazione

■ 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 emerge 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 emerge 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 emerge 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 emerge 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.**

Condizioni di assicurazione

- **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 emerge 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 emerge 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 emerge 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 prestazioni 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 emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Condizioni di assicurazione

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. 12 - Le esclusioni della copertura assicurativa

E' escluso dalla copertura assicurativa 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;

Condizioni di assicurazione

- 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. 13 - Disposizioni e limitazioni

- 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 Assicurazione, 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.

Art. 14 - La validità territoriale

La copertura assicurativa 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 copertura assicurativa, 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/.

Condizioni di assicurazione

IN CASO DI SINISTRO

Art. 15 - 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;
- nome e cognome;
- indirizzo e luogo da cui chiama;
- eventuale recapito telefonico;
- il numero della Scheda tecnica di modulo.

La richiesta di rimborso delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa, **deve 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 sono 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.

Art. 16 - Raddoppio massimali

Si conviene di raddoppiare i massimali previsti per le prestazioni 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.