

Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Allianz1 – Perdita di autosufficienza"

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 domiciliari in caso di non autosufficienza.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Servizi domiciliari: prestazioni in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento delle azioni fondamentali della vita quotidiana.

Il prodotto offre ulteriori garanzie con pagamento di un premio aggiuntivo".

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



Che cosa non è assicurato?

Le persone affette da:

- ✗ alcolismo e tossicodipendenza.

Chi svolge una delle seguenti attività:

- ✗ a contatto con sostanze radioattive, esplosivi e merci pericolose;
- ✗ circense;
- ✗ spettacolo, cinema, teatro e simili esposte a rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili;
- ✗ collaudatore di veicoli, istruttore di guida sportiva;
- ✗ corpi armati dello Stato (Militari o di Polizia);
- ✗ fantino, driver (trotto);
- ✗ guardia del corpo, buttafuori
- ✗ guida alpina;
- ✗ istruttore o allenatore di alpinismo, bob, deltaplano, hydrospeed, paracadutismo, parapendio, rafting, roccia, salto dal trampolino con gli sci, sci acrobatico, sci alpinismo, slittino, volo;
- ✗ istruttore di corsi di sopravvivenza;
- ✗ palombaro, sommozzatore, sub professionista;
- ✗ speleologo;
- ✗ sportivi professionisti, semiprofessionisti.



Ci sono limiti di copertura?

Sì, sono presenti esclusioni, franchigie, scoperti, limiti di indennizzo, termini di aspettativa, 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.



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.

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Impresa secondo i termini e le modalità previste all'interno delle Condizioni di assicurazione.



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 perdita autosufficienza

Allianz  Perdita di autosufficienza

Fascicolo Informativo

Modello : FI-0004-924-018-01102018

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 in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato, dovuta a infortunio o malattia, nel compimento delle azioni fondamentali della vita quotidiana.

Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli 11 "Chi assicuriamo", 12 "Gli eventi assicurati", 15 "Le prestazioni della copertura assicurativa", 16 "Servizi di assistenza domiciliare", 17 "Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistenziale" presenti nella Sezione OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA e 18 "Interventi di adattamento della casa e dell'auto" presente nella Sezione GARANZIA AGGIUNTIVA OPZIONALE.

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 11 "Chi assicuriamo" e 13 "Le esclusioni della copertura assicurativa" presenti nella Sezione OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA, 20 "Cessazione della copertura assicurativa" presente nella Sezione OPERATIVITA' e 26 "Modifica dello stato di non autosufficienza" presente nella Sezione IN CASO DI SINISTRO.

AVVERTENZA: nel contratto le prestazioni vengono erogate entro i limiti delle somme assicurate e/o temporali indicati. Per maggior dettaglio sull'ambito di applicazione di tali limiti si rinvia all'Articolo 15 "Le prestazioni della copertura assicurativa" presenti nella Sezione OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA e 18 "Interventi di adattamento della casa e dell'auto" presente nella Sezione GARANZIA AGGIUNTIVA OPZIONALE.

Nota Informativa

4. Periodi di carenza contrattuale

AVVERTENZA: nel contratto sono previsti termini di aspettativa della decorrenza della copertura assicurativa. Per maggior dettaglio si rinvia all'Articolo 19 "Termini di aspettativa" presente nella Sezione OPERATIVITA'.

5. 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.

Questionario sanitario

AVVERTENZA: si rammenta la necessità di verificare l'esattezza delle risposte alle domande poste dal Questionario sanitario e che le stesse rispondano al vero.

6. 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 e 11 "Chi assicuriamo" presente nella Sezione OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA.

Esemplificazione

■ Aggravamento

STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

La sopravvenienza in corso di contratto di una delle affezioni indicate come "non assicurabili" (ad esempio l'alcolismo o la tossicodipendenza) comporta aggravamento di rischio.

■ Diminuzione

Data la natura della copertura assicurativa offerta dal contratto, non sono configurabili esemplificazioni di diminuzione del rischio.

7. 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.

Nota Informativa

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

8. Adeguamento del Premio

Ad ogni scadenza annuale il premio, le somme assicurate ed i limiti di indennizzo sono adeguati come disciplinato nella Condizione Particolare AU - "Adeguamento automatico annuale".

Si precisa inoltre che il premio viene adeguato ad ogni scadenza annuale in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato, come disciplinato nell'Articolo 21 "Ridefinizione del premio per età" presente nella Sezione OPERATIVITA'.

9. 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.

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 8 "Diritto di ripensamento" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.

10. 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.

11. 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.

12. Regime Fiscale

Secondo le vigenti disposizioni di legge, l'aliquota fiscale applicata è il 2,5% sul premio imponibile di tutte le prestazioni.

C Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

13. Sinistri - pagamento dell'indennizzo

AVVERTENZA: il presente contratto prevede obblighi relativi a individuazione del momento di insorgenza del sinistro, modalità e termini per la denuncia dei sinistri ed eventuali spese per l'accertamento del danno, nonché ipotesi in cui è richiesta la visita medica. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli 23 "Obblighi", 25 "Pagamento dell'indennizzo" e 26 "Modifica dello stato di non autosufficienza" presenti nella Sezione IN CASO DI SINISTRO, 16 "Servizi di assistenza domiciliare", 17 "Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistenziale" presenti nella Sezione OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA e 18 "Interventi di adattamento della casa e dell'auto" presente nella Sezione GARANZIA AGGIUNTIVA OPZIONALE.

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 all'Articolo 23 "Obblighi" presente nella Sezione IN CASO DI SINISTRO.

14. 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.

Nota Informativa

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:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) 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.

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.

15. Arbitrato

Ricorso all'Arbitrato

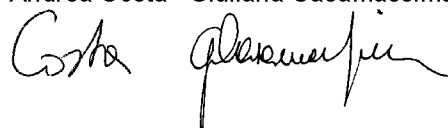
In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque all'Autorità Giudiziaria.

Il Luogo di svolgimento dell'Arbitrato è la città sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Nota Informativa

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.

Attività professionale: attività che viene svolta dall'Assicurato a carattere continuativo, abituale e remunerativo o che presuppone una conoscenza tecnica particolare.

Centrale Operativa: struttura di AWP Service Italia S.c.a.r.l. tramite la quale l'Impresa presta i Servizi di assistenza domiciliare.

Contraente: persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione.

Impresa: Allianz S.p.A.

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.

Piano dei Servizi di assistenza domiciliare: documento elaborato dalla Centrale Operativa con indicazione della tipologia, articolazione e durata dei Servizi di assistenza domiciliare.

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

Ricovero: degenza comportante pernottamento.

Remunerazione diretta: compenso monetario, determinato, a carattere continuativo, percepito dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti eseguite a favore di una Società o di un Ente Sportivo.

Remunerazione indiretta: compenso monetario, forfetario, a carattere non continuativo, percepito - sotto forma di rimborsi delle spese e/o diarie sostenute - dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti. Non costituiscono Remunerazione indiretta eventuali premi monetari conseguiti per essersi classificati primi o tra i primi in una competizione.

Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA): strutture non ospedaliere, ma comunque a impronta sanitaria, pubbliche o private, autorizzate all'esercizio dell'attività di Residenza Sanitaria Assistenziale per la cura di persone non autosufficienti. Non sono considerate Residenze Sanitarie Assistenziali le Case albergo, le Case di riposo, le Case famiglia, i Centri diurni, le Comunità alloggio, le Residenze sociali assistite, le Case di Convalescenza e Soggiorno.

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

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.

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 presenti Condizioni di assicurazione.

Indice

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

GARANZIA AGGIUNTIVA OPZIONALE

OPERATIVITA'

IN CASO DI SINISTRO

CONDIZIONI PARTICOLARI

TABELLA COEFFICIENTI PER ETA'

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.

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 della copertura assicurativa, **fatto salvo quanto disposto dall'articolo "Chi assicuriamo"**.

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.

Condizioni di assicurazione

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.**

Art. 7 - 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 sia in possesso in modo automatico quali garanzie accessorie ad altri servizi.

(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. 8 - 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. 9 - 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. 10 - Rinvio alle norme di legge

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

OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Art. 11 - Chi assicuriamo

La copertura assicurativa vale per l'Assicurato identificato nella Scheda tecnica di modulo.

Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, non è assicurabile la persona affetta da alcolismo e tossicodipendenza.

Relativamente allo stato di salute dell'Assicurato valgono le dichiarazioni riportate e sottoscritte dall'Assicurato stesso nel Questionario Sanitario della Scheda tecnica di modulo.

Inoltre **non è assicurabile la persona che svolge una delle seguenti Attività professionali:**

- Attività a contatto con sostanze radioattive, esplosivi e merci pericolose
- Attività circense
- Attività dello spettacolo, cinema/teatro e simili esposte a rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili
- Collaudatore di veicoli / Istruttore di guida sportiva
- Corpi Armati dello Stato (Militari o di Polizia)
- Fantino / Driver (trotto)
- Guardia del corpo / Buttafuori
- Guida alpina
- Istruttore o allenatore di Alpinismo / Bob / Deltaplano / Hydrospeed / Paracadutismo / Parapendio / Rafting / Roccia / Salto dal trampolino con gli sci / Sci- Snowboard acrobatico / Sci- Snowboard alpinismo / Slittino / Volo
- Istruttore di corsi di sopravvivenza
- Palombaro / Sommozzatore / Sub professionista
- Speleologo
- Sportivi professionisti/semiprofessionisti.

Qualora nel corso della copertura assicurativa insorga una o più delle affezioni su indicate o l'Assicurato svolga una delle Attività professionali sopra elencate, la copertura assicurativa cessa con effetto immediato ai sensi dell'art. 1898 codice civile.

Condizioni di assicurazione

Art. 12 - Gli eventi assicurati

La copertura assicurativa vale in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, **fatto salvo quanto espressamente escluso all'articolo "Le esclusioni della copertura assicurativa"**.

E' definito stato di non autosufficienza l'incapacità dell'Assicurato di compiere in autonomia e senza l'aiuto di un'altra persona, **presumibilmente per almeno 12 mesi consecutivi, almeno 3 delle 4 seguenti azioni fondamentali della vita quotidiana:**

- Lavarsi e curare l'igiene personale: la capacità di farsi il bagno o la doccia o lavarsi in maniera soddisfacente in altro modo. Ciò implica che l'Assicurato sia in grado di lavarsi la parte superiore e inferiore del corpo, così da mantenere, in maniera del tutto spontanea, anche in caso di incontinenza, un livello soddisfacente di igiene personale, senza l'aiuto di un'altra persona;
- Vestirsi: la capacità di vestirsi e svestirsi, allacciarsi e slacciarsi ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Assicurato, sia per la parte superiore che per la parte inferiore del corpo, senza l'aiuto di un'altra persona. La necessità di aiuto per allacciarsi/slacciarsi le scarpe o per indossare/togliere calze o calzini non è considerata perdita di autosufficienza;
- Spostarsi: la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia o dal letto, di spostarsi dal letto a una sedia e viceversa, anche con l'utilizzo di ausili specifici, senza l'aiuto di un'altra persona;
- Nutrirsi: la capacità di bere da un bicchiere e di mangiare da un piatto, cibo preparato da altri, senza l'aiuto di un'altra persona. La necessità di aiuto solo per tagliare il cibo non è considerata perdita di autosufficienza.

Lo stato di non autosufficienza, come sopra descritto, deve essere certificato dal medico curante dell'Assicurato, con le modalità indicate all'articolo Obblighi.

Art. 13 - Le esclusioni della copertura assicurativa

La copertura assicurativa non vale per la perdita di autosufficienza causata da:

- a) conseguenze dirette di infortuni, nonché di malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici in genere insorte anteriormente alla decorrenza della presente copertura assicurativa;
- b) disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi;
- c) abuso 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 dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) qualora la perdita di autosufficienza si verifichi entro 5 anni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa;
- e) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- f) 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;
- g) 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;
- h) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;
- i) 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**. E' sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
- j) 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;
- k) 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;
- l) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione diretta o indiretta;
- m) pratica dei seguenti sport:
 - m1) arti marziali, atletica pesante, guidoslitta (bob), kayak, canoa fluviale, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, sci/snowboard alpinismo, speleologia, paracadutismo;
 - m2) sport estremi, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, base jumping, bungee jumping, downhill, rafting, torrentismo, hydrospeed, snowrafting, sci/snowboard estremo, sci/snowboard acrobatico, arrampicata libera (free climbing), regate transoceaniche in solitaria, canyoning, skeleton, kitesurf, bobsleigh (motoslitta).

Art. 14 - La validità territoriale

La copertura assicurativa è valida in tutto il mondo, mentre le prestazioni sono erogate **entro i limiti territoriali specificati nei successivi articoli**.

Condizioni di assicurazione

Art. 15 - Le prestazioni della copertura assicurativa

L'Impresa riconosce, in caso di Sinistro indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di assicurazione, le seguenti prestazioni:

- servizi di assistenza domiciliare;
- rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistenziale secondo le modalità descritte e disciplinate nei successivi articoli "Servizi di assistenza domiciliare" e "Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistenziale".

Le prestazioni di cui sopra sono riconosciute all'Assicurato complessivamente **entro la somma assicurata e il periodo massimo per evento indicati nella Scheda tecnica di modulo, con applicazione di un limite di euro 5.000,00 al mese.**

I limiti per evento di cui sopra sono da conteggiarsi a decorrere dalla prima prestazione erogata e, cioè, dal giorno del primo servizio di assistenza domiciliare erogato o dal giorno di ingresso nella Residenza Sanitaria Assistenziale e tale giorno è da intendersi anche come data di riferimento per i mesi successivi ai fini del conteggio del limite mensile sopra indicato.

Art. 16 - Servizi di assistenza domiciliare

In caso di Sinistro indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di assicurazione, l'Impresa, tramite la Centrale Operativa, mette a disposizione dell'Assicurato, i Servizi di assistenza domiciliare come di seguito specificati, **esclusivamente in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.**

Art. 16.1 - Definizione del Piano dei Servizi di assistenza domiciliare

A seguito della richiesta di attivazione dei Servizi di assistenza domiciliare, come disciplinato all'articolo "Obblighi", la Centrale Operativa, entro 3 giorni lavorativi dalla ricezione di tutta la documentazione medica necessaria, comunica all'Assicurato il Piano dei Servizi di assistenza domiciliare elaborato in accordo con il suo medico curante, personalizzato in base allo stato di salute dell'Assicurato, alle indicazioni fornite dal medico curante stesso, alle esigenze della famiglia in termini di organizzazione assistenziale ed **entro i limiti di cui all'articolo "Le prestazioni della copertura assicurativa"**.

Il Piano elaborato dalla Centrale Operativa con indicazione della tipologia, articolazione e durata dei Servizi di assistenza domiciliare **deve essere sottoscritto e restituito per accettazione dall'Assicurato, o da altra persona avente titolo.** Entro 5 giorni lavorativi dalla data di ricezione dell'accettazione del Piano, la Centrale Operativa rende disponibili, presso il domicilio dell'Assicurato, le prestazioni domiciliari indicate nel Piano stesso.

La Centrale Operativa è sempre a disposizione dell'Assicurato per chiarimenti ed informazioni sui servizi in corso di erogazione e sui costi degli stessi. La Centrale Operativa è pertanto contattabile in caso di dubbi o in caso si necessiti di un controllo sull'identità dell'incaricato/a che interverrà per erogare i servizi concordati.

Nel caso in cui le condizioni di salute dell'Assicurato richiedessero cure e servizi il cui costo ecceda il limite economico mensile di cui all'articolo "Le prestazioni della copertura assicurativa", la Centrale Operativa procederà, previo consenso scritto dell'Assicurato o di altra persona avente titolo, ad organizzare ed erogare gli ulteriori servizi necessari i cui costi resteranno a carico dell'Assicurato stesso.

In caso di mutate esigenze di assistenza domiciliare dovute allo stato di salute dell'Assicurato, **comprovate da idonea nuova documentazione medica e dall'invio di un nuovo "Prospetto di Assistenza Domiciliare Integrata" compilato dal medico curante,** la Centrale Operativa provvede a rielaborare il Piano che **dovrà essere nuovamente sottoscritto per accettazione,** in sostituzione di quello precedente.

Se durante l'erogazione dei Servizi di assistenza domiciliare, le condizioni di salute dell'Assicurato richiedessero un Ricovero in una Struttura sanitaria, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve **darne avviso all'Impresa contattando la Centrale Operativa** indicando la data del Ricovero stesso.

In tal caso i Servizi di assistenza domiciliare **restano sospesi con effetto dal giorno del Ricovero** dell'Assicurato.

Per la riattivazione dei Servizi di assistenza domiciliare, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi **deve contattare la Centrale Operativa** comunicando la data del rientro dell'Assicurato al domicilio appena ne viene a conoscenza.

In questo caso la Centrale Operativa provvede, nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 5 giorni lavorativi, alla ripresa dell'erogazione dei Servizi di assistenza domiciliare come definiti nel Piano precedentemente concordato.

Art. 16.2 - Prestazioni previste dal Piano dei Servizi di assistenza domiciliare

Le prestazioni erogabili dall'Impresa che possono essere previste dal Piano dei Servizi di assistenza domiciliare sono:

- organizzazione al domicilio dell'Assicurato dei trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi per l'erogazione delle prestazioni sanitarie di Assistenza domiciliare concordate;
- organizzazione ed erogazione delle prestazioni socio-assistenziali al domicilio dell'Assicurato quali:
 - preparazione ed assunzione del pasto;
 - cura e governo della casa;
 - pagamento delle utenze domestiche;
 - alzata, cura della persona e messa a letto.
- fornitura in comodato d'uso di stamperie, sedia a rotelle, letto ortopedico e/o materasso antidecubito.

Condizioni di assicurazione

In aggiunta alle prestazioni sopra descritte, **fermi i limiti di cui all'articolo "Le prestazioni della copertura assicurativa"**, in caso di Sinistro indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di assicurazione, contattando la Centrale Operativa l'Assicurato può richiedere le seguenti prestazioni, anche se non indicate nel Piano dei Servizi di assistenza domiciliare:

- organizzazione del trasporto, tramite taxi o autoambulanza, dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore presso un centro di riabilitazione, presso una Struttura sanitaria per effettuare esami o accertamenti o presso il domicilio dell'Assicurato in caso di dimissioni da una Struttura sanitaria.

Il servizio sopradescritto non è sostitutivo né alternativo al servizio pubblico di pronto intervento, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze.

- organizzazione di:
 - prelievi del sangue ed altri accertamenti diagnostici, purché effettuabili al proprio domicilio;
 - invio al domicilio degli esiti degli esami e degli accertamenti diagnostici eseguiti;
 - invio presso il proprio domicilio di farmaci e articoli sanitari.

Rimangono a carico dell'Assicurato esclusivamente i costi delle analisi, dei farmaci e degli articoli sanitari richiesti.

La Centrale Operativa concorderà preventivamente con l'Assicurato le modalità per l'accesso al servizio e a tal fine dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo.

Art. 16.3 - Informazioni burocratiche e amministrative su invalidità e non autosufficienza

In caso di necessità, anche in assenza di un Sinistro indennizzabile, la Centrale Operativa mette a disposizione la propria équipe medica ed i propri consulenti per fornire indicazioni ed informazioni utili all'Assicurato che si trovi in una condizione di non-autosufficienza, inabilità o invalidità permanente quali ad esempio:

- iter burocratico ed amministrativo per l'accertamento dell'invalidità civile;
- diritti del cittadino a cui sia stato riconosciuto lo stato d'invalidità civile, secondo le percentuali accertate;
- uffici competenti sul territorio nazionale;
- assegno di accompagnamento: come e quando viene concesso.

Il servizio di consulenza non fornisce diagnosi o prescrizioni e non può in ogni caso sostituirsi alle comunicazioni ufficiali rilasciate dagli Enti competenti.

Art. 17 - Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistenziale

In caso di Ricovero dell'Assicurato presso una Residenza Sanitaria Assistenziale, **ubicata esclusivamente in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino**, a seguito di Sinistro indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di assicurazione, l'Impresa rimborsa le rette di degenza e le spese sanitarie sostenute durante il Ricovero e rimaste a carico dell'Assicurato **entro i limiti di cui all'articolo "Le prestazioni della copertura assicurativa"**.

La Centrale Operativa provvederà, **su richiesta dell'Assicurato**, a fornire informazioni sulle Residenze Sanitarie Assistenziali più vicine al suo domicilio.

GARANZIA AGGIUNTIVA OPZIONALE

La presente prestazione è valida solo se espressamente richiamata nella Scheda tecnica di modulo

Art. 18 - Interventi di adattamento della casa e dell'auto

In caso di Sinistro indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di assicurazione, l'Impresa rimborsa le spese sostenute per gli interventi di adattamento della casa in cui l'Assicurato ha il domicilio e/o di un autoveicolo di proprietà sua o di un suo familiare - **ubicata/immatricolato esclusivamente in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino** - **resi necessari a causa dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato e per i quali vi sia un collegamento funzionale tra lo stato di non autosufficienza stesso e la tipologia di adattamento.**

Il rimborso è riconosciuto complessivamente **fino ad un massimo di Euro 10.000,00** per evento.

Per avere diritto alla prestazione il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa, con le modalità indicate all'articolo "Obblighi"**, che prevede:

- per la casa: a mettere in contatto l'Assicurato con professionisti in grado di progettare gli adattamenti necessari, organizzando gli appuntamenti presso il suo domicilio oppure richiedendo la documentazione necessaria a valutare gli adattamenti stessi (ad es. planimetrie dell'abitazione);
- per l'autoveicolo: a mettere a disposizione dell'Assicurato un elenco di officine specializzate in grado di progettare e realizzare, laddove possibili, gli adattamenti necessari.

I progetti rilasciati dagli specialisti di cui sopra sono vincolanti per il riconoscimento della prestazione e pertanto saranno oggetto di rimborso da parte dell'Impresa esclusivamente le spese relative agli interventi di adattamento della casa e/o dell'autoveicolo contemplati dai progetti stessi.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute per gli interventi di adattamento, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, alla conclusione dei lavori **deve inviare alla Centrale Operativa gli originali delle fatture, le distinte dei lavori effettuati ed eventuali ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate.**

L'inizio dei lavori di adattamento oggetto della presente prestazione aggiuntiva deve avvenire entro il numero massimo di mesi per evento riferito alla prestazione Servizi di assistenza domiciliare indicato nella Scheda tecnica di modulo.

Condizioni di assicurazione

I lavori devono essere ultimati, a pena di decadenza del diritto all'Indennizzo, entro 6 mesi dalla data del loro inizio.

OPERATIVITA'

Art. 19 - Termini di aspettativa

La copertura assicurativa 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.

Tuttavia se la perdita di autosufficienza è conseguente a una delle malattie di seguito indicate, la copertura assicurativa è operante solo se la perdita di autosufficienza si verifica dopo:

- 3 anni dal giorno di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Malattia nervosa o mentale dovuta a causa organica (a titolo esemplificativo e non esaustivo: morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, sclerosi multipla, demenza senile);
- 5 anni dal giorno di decorrenza della copertura assicurativa in caso di patologie correlate alla infezione da HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);

anche se le suddette malattie siano insorte prima di tali termini.

Qualora la Scheda tecnica di modulo sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra riguardante lo stesso Assicurato e le stesse prestazioni, gli anzidetti termini operano dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza della precedente copertura assicurativa per le prestazioni e le somme assicurate dalla stessa;
- del giorno di decorrenza della presente copertura assicurativa limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori somme eventualmente assicurate.

Art. 20 - Cessazione della copertura assicurativa

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, come disciplinato all'articolo "Gli eventi assicurati", genera la cessazione della copertura assicurativa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva alla data di denuncia del Sinistro, sia che abbia dato luogo alla erogazione delle prestazioni assicurate, sia nel caso in cui il Sinistro non sia indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di assicurazione.

In caso di Sinistro indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di assicurazione, resta in ogni caso fermo il diritto dell'Assicurato di continuare a percepire le prestazioni assicurate anche oltre la scadenza di cui sopra fino al completo esaurimento della somma assicurata o del periodo massimo per evento indicati nella Scheda tecnica di modulo.

La perdita di autosufficienza, come definita all'articolo "Gli eventi assicurati", causata da una Malattia insorta entro il termine di 30 giorni o verificatasi prima dei termini di 3 e 5 anni, come disciplinati al precedente articolo "Termini di aspettativa", comporta la cessazione della copertura assicurativa dalla sua decorrenza e, in questo caso, l'Impresa rimborsa i premi versati.

Art. 21 - Ridefinizione del premio per età

Il Premio indicato nella Scheda tecnica di modulo viene rideterminato ad ogni scadenza annua, in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato, sulla base dei coefficienti riportati nella "Tabella coefficienti per età".

Art. 22 - 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.

IN CASO DI SINISTRO

Art. 23 - Obblighi

Al verificarsi della presunta perdita di autosufficienza, come definita all'articolo "Gli eventi assicurati", per attivare le prestazioni della copertura assicurativa il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, ai seguenti numeri:

- dall'Italia numero verde 800 686868
- dall'estero numero di rete fissa +39 02 26.609.304.

Inoltre, le prestazioni possono essere attivate anche tramite AllianzNOW dai dispositivi abilitati.

Il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve:

- fornire copia del certificato di dimissione e/o di ogni altra documentazione sanitaria relativa alla Malattia e/o all'Infortunio che hanno determinato lo stato di non autosufficienza;
- fornire il "Certificato dello stato di non autosufficienza" predisposto dall'Impresa, riportato in calce alle presenti Condizioni di assicurazione e disponibile anche presso la rete di vendita, compilato dal medico curante dell'Assicurato;
- in caso di richiesta di attivazione delle prestazioni di cui all'articolo "Servizi di assistenza domiciliare", fornire il "Prospetto di Assistenza Domiciliare Integrata" predisposto dall'Impresa, riportato in calce alle presenti Condizioni di assicurazione e disponibile anche presso la rete di vendita, compilato dal medico curante dell'Assicurato.

Condizioni di assicurazione

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.

Il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve altresì fornire:

- eventuale ulteriore documentazione sanitaria richiesta;
- ogni altra informazione necessaria alla valutazione della sua condizione di non autosufficienza o della causa dello stato di non autosufficienza stesso, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

La Centrale Operativa è il riferimento a cui inviare tutta la documentazione sopra descritta.

Le spese relative alla produzione di tutta la documentazione richiesta sono a carico dell'Assicurato.

Se durante l'erogazione delle prestazioni di cui all'articolo "Servizi di assistenza domiciliare", l'Assicurato viene ricoverato in una Residenza Sanitaria Assistenziale, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi **deve darne avviso all'Impresa contattando la Centrale Operativa** indicando la data del Ricovero stesso.

In tal caso i Servizi di assistenza domiciliare **cessano con effetto dal giorno del Ricovero** dell'Assicurato nella Residenza Sanitaria Assistenziale.

In caso di Ricovero dell'Assicurato presso una Residenza Sanitaria Assistenziale la Centrale Operativa è anche il riferimento per l'invio degli originali delle notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate necessarie per ottenere il rimborso delle spese di cui all'articolo "Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistenziale".

Nel caso in cui 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. 24 - 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 presenti Condizioni di assicurazione.

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. 25 - Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa tramite la Centrale Operativa determina le prestazioni che risultano dovute, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede:

- all'erogazione dei Servizi di assistenza domiciliare
- al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistenziale secondo le modalità descritte e disciplinate agli articoli "Servizi di assistenza domiciliare" e "Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistenziale" ed **entro i limiti di cui all'articolo "Le prestazioni della copertura assicurativa"**.

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 delle presenti Condizioni di assicurazione, **al netto di quanto a carico dei predetti terzi**, salvo quanto previsto dall'articolo "Rinuncia al diritto di surrogazione".

Nel caso in cui sopravvenga la morte dell'Assicurato l'erogazione dei servizi di cui all'articolo "Servizi di assistenza domiciliare" **cessa con effetto immediato**.

Mentre, se l'Assicurato muore durante il Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistenziale, l'Impresa rimborsa agli eredi le rette di degenza e le spese sanitarie sostenute durante il Ricovero rimaste a carico dell'Assicurato e non ancora indennizzate.

Art. 26 - Modifica dello stato di non autosufficienza

Qualora venga meno lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, come disciplinato dall'articolo "Gli eventi assicurati", quest'ultimo è **tenuto**, unitamente al Contraente, **ad informare l'Impresa contattando la Centrale Operativa** dal momento in cui tale stato è venuto meno.

Condizioni di assicurazione

In ogni caso l'Impresa si riserva la facoltà di eseguire periodicamente controlli sanitari sullo stato di salute dell'Assicurato, attraverso medici di propria fiducia, richiedendo a tal proposito la documentazione idonea a valutare la permanenza dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato stesso.

L'accertamento da parte dell'Impresa del venire meno dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato **comporta la cessazione delle prestazioni della copertura assicurativa con effetto immediato**. Resta in ogni caso **ferma la cessazione della copertura assicurativa stessa**, come disciplinato all'articolo "Cessazione della copertura assicurativa", **anche quando non siano stati completamente esauriti la somma assicurata e il periodo massimo per evento** indicati nella Scheda tecnica di modulo.

CONDIZIONI PARTICOLARI

La presente condizione particolare è valida solo se espressamente richiamata nella Scheda di Polizza

AU - Adeguamento automatico annuale

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

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 tecnica di modulo.

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.

Condizioni di assicurazione

TABELLA COEFFICIENTI PER ETA'

Età	Coefficienti	Età	Coefficienti	Età	Coefficienti
19	1,00	42	1,06	65	1,11
20	1,00	43	1,08	66	1,15
21	1,00	44	1,07	67	1,18
22	1,00	45	1,10	68	1,05
23	1,00	46	1,11	69	1,02
24	1,00	47	1,12	70	1,12
25	1,00	48	1,34	71	1,18
26	1,00	49	1,27	72	1,51
27	1,00	50	1,11	73	1,05
28	1,00	51	1,07	74	1,05
29	1,00	52	1,05	75	1,15
30	1,00	53	1,19	76	1,19
31	1,00	54	1,21	77	1,23
32	1,00	55	1,23	78	1,05
33	1,00	56	1,26	79	1,05
34	1,00	57	1,27	80	1,01
35	1,00	58	1,15	81	1,22
36	1,00	59	1,15	82	1,22
37	1,00	60	1,15	83	1,30
38	1,00	61	1,15	84	1,28
39	1,00	62	1,15	85	1,26
40	1,00	63	1,06		
41	1,07	64	1,08		

Per calcolare il premio mensile relativo alla successiva annualità è necessario moltiplicare il premio mensile relativo all'annualità in corso per il coefficiente indicato in tabella corrispondente all'età dell'Assicurato raggiunta alla data di rinnovo annuale.

Certificato dello stato di non autosufficienza

Dati dell'Assicurato

Cognome e Nome: _____

Data di nascita: _____

Codice Fiscale: _____

Indirizzo del domicilio presso il quale verrà assistito

Via/Piazza: _____

Numero Civico: _____

Comune: _____

C.A.P.: _____

Provincia: _____

Dati del Medico curante

Cognome e Nome: _____

Codice Fiscale: _____

Indirizzo Ambulatorio/Studio

Via/Piazza: _____

Numero Civico: _____

Comune: _____

C.A.P.: _____

Provincia: _____

Reperibilità

Giorni: _____

Orari: _____

Telefono: _____

Cellulare: _____

e-mail: _____

Cause della perdita di autosufficienza

Certificato dello stato di non autosufficienza

Azioni fondamentali della vita quotidiana

Per ciascuna delle Azioni fondamentali della vita quotidiana sottoriportate, barrare le caselle che descrivono la condizione in cui si trova l'Assicurato e, dove necessario, completare le informazioni con la stima della durata dello stato di non autosufficienza espressa in mesi.

1. Spostarsi

- a. E' in grado di sedersi e di alzarsi da una sedia o dal letto, di spostarsi dal letto a una sedia e viceversa, anche con l'utilizzo di ausili specifici, senza l'aiuto di un'altra persona
- b. E' in grado di fare quanto indicato al punto precedente solo se aiutato da un'altra persona oppure è allettato e non in grado di muoversi nemmeno con l'aiuto di un'altra persona

Stima della durata dello stato di non autosufficienza: _____ mesi

2. Vestirsi

- a. E' in grado di vestirsi e svestirsi, allacciarsi e slacciarsi ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al proprio tipo di disabilità, sia per la parte superiore che per la parte inferiore del corpo, senza l'aiuto di un'altra persona
- b. E' in grado di fare quanto indicato al punto precedente, ma necessita dell'aiuto di un'altra persona per allacciarsi/slacciarsi le scarpe o indossare/togliersi calze o calzini
- c. E' in grado di vestirsi e svestirsi, allacciarsi e slacciarsi ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al proprio tipo di disabilità, senza l'aiuto di un'altra persona ma solo per la parte superiore o solo per la parte inferiore del corpo
- d. E' in grado di vestirsi e svestirsi, allacciarsi e slacciarsi ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al proprio tipo di disabilità, solo con l'aiuto di un'altra persona sia per la parte superiore che per la parte inferiore del corpo

Stima della durata dello stato di non autosufficienza: _____ mesi

3. Nutrirsi

- a. E' in grado di bere da un bicchiere e di mangiare da un piatto, cibo preparato da altri, senza l'aiuto di un'altra persona
- b. E' in grado di fare quanto indicato al punto precedente, ma necessita dell'aiuto di un'altra persona per tagliare il cibo
- c. E' in grado di bere da un bicchiere e di mangiare da un piatto, cibo preparato da altri, solo con l'aiuto di un'altra persona

Stima della durata dello stato di non autosufficienza: _____ mesi

4. Lavarsi e curare l'igiene personale

- a. E' in grado di farsi il bagno o la doccia o lavarsi in maniera soddisfacente in altro modo. Ciò implica che l'Assicurato sia in grado di lavarsi la parte superiore e inferiore del corpo, così da mantenere, in maniera del tutto spontanea, anche in caso di incontinenza, un livello soddisfacente di igiene personale senza l'aiuto di un'altra persona
- b. Non è in grado di farsi il bagno o la doccia ma è in grado di lavarsi in maniera soddisfacente senza l'aiuto di un'altra persona solo la parte superiore o solo la parte inferiore del corpo
- c. Non è in grado di farsi il bagno o la doccia o di lavarsi in maniera soddisfacente sia la parte superiore che la parte inferiore del corpo senza l'aiuto di un'altra persona, oppure, in caso di incontinenza, non è in grado di mantenere in maniera del tutto spontanea un livello soddisfacente di igiene personale senza l'aiuto di un'altra persona

Stima della durata dello stato di non autosufficienza: _____ mesi

Luogo e data

Timbro e firma del Medico curante

Prospetto di assistenza domiciliare integrata

Tipologia interventi	Prestazioni	Frequenza settimanale
Interventi specialistici	<input type="checkbox"/> Internisti / Geriatra <input type="checkbox"/> Fisiatra <input type="checkbox"/> Palliatore <input type="checkbox"/> Psicologo <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
Interventi riabilitativi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, secondo il piano riabilitativo individuale (PRI) elaborato dal fisiatra e allegato a questa segnalazione	
Interventi infermieristici	<input type="checkbox"/> Medicazioni: <input type="checkbox"/> Semplici <input type="checkbox"/> Complesse <input type="checkbox"/> Prevenzione complicanze allettamento <input type="checkbox"/> Gestione catetere vescicale <input type="checkbox"/> Gestione stomie <input type="checkbox"/> Gestione nutrizionale: <input type="checkbox"/> Enterale <input type="checkbox"/> Parentale <input type="checkbox"/> Gestione catetere venoso centrale <input type="checkbox"/> Gestione terapia per cure palliative <input type="checkbox"/> Gestione ventilazione meccanica <input type="checkbox"/> Educazione del familiare / Caregiver alle attività di cura (compreso, ove possibile, gestione stomie, nutrizione enterale, ...) <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
Interventi assistenziali	<input type="checkbox"/> Cure igieniche <input type="checkbox"/> Bagno assistito <input type="checkbox"/> Addestramento del familiare / Caregiver all'igiene del paziente <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
Presidi necessari	<input type="checkbox"/> Sedia a rotelle <input type="checkbox"/> Deambulatore <input type="checkbox"/> Materassino anti-decubito <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	

Luogo e data

Timbro e firma del Medico curante