

Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Allianz1 – Perdita di autosufficienza"

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

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione contro i danni che offre 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.

Per il dettaglio dei contenuti della copertura si rimanda al DIP aggiuntivo Danni alla sezione "Che cosa è assicurato?".

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 per il cui dettaglio si rimanda alla sezione "Ci sono limiti di copertura?" del DIP aggiuntivo Danni.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale in tutto il mondo, mentre le prestazioni sono erogate esclusivamente in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino



Che obblighi ho?

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



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione del modulo e può essere versato esclusivamente con frazionamento mensile con una maggiorazione del 5,6 % per il cui dettaglio si rimanda alla sezione "Quando e come devo pagare?" del DIP aggiuntivo Danni.

Il premio è comprensivo delle imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24 della data di pagamento del premio, sia essa contestuale o successiva alla data di sottoscrizione del modulo, e termina alla scadenza indicata nella Scheda tecnica di modulo.

Possono essere previsti termini di aspettativa per il cui dettaglio si rimanda alla sezione "Quando comincia la copertura e quando finisce?" del DIP aggiuntivo Danni.

In assenza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 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.

Assicurazione contro i danni

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

Impresa Allianz S.p.A.

Prodotto "Allianz1 – Perdita di autosufficienza"

01/01/2019 – Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

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

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

L'impresa di assicurazione è **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 certificata: allianz.spa@pec.allianz.it;
- Impresa 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.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2017 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a 2.563 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale, pari a 403 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali, pari a 1.462 milioni di euro.

Si rinvia alla "Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR)", disponibile sul sito internet dell'Impresa www.allianz.it. e si riportano di seguito gli importi (in migliaia di euro):

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 2.377.259;
- del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 1.069.767;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 5.126.592;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a 5.126.592;
- e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'Impresa, pari a 216%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Servizi di assistenza domiciliare e Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistenziale


L'Impresa riconosce, in caso di Sinistro indennizzabile a termini delle 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.

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.**


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

	<p>indicato.</p> <p>Servizi di assistenza domiciliare</p> <p>In caso di Sinistro indennizzabile a termini delle 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.</p> <p>Le prestazioni erogabili dall'Impresa che possono essere previste dal Piano dei Servizi di assistenza domiciliare sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 stampelle, sedia a rotelle, letto ortopedico e/o materasso antidecubito. <p>In aggiunta alle prestazioni sopra descritte, in caso di Sinistro indennizzabile a termini delle 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:</p> <p>a) 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.</p> <p>Il servizio sopradescritto non è sostitutivo né alternativo al servizio pubblico di pronto intervento, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze.</p> <p>b) organizzazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <p>Rimangono a carico dell'Assicurato esclusivamente i costi delle analisi, dei farmaci e degli articoli sanitari richiesti.</p> <p>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.</p> <p>Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistenziale</p> <p>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 Condizioni di assicurazione, l'Impresa rimborsa le rette di degenza e le spese sanitarie sostenute durante il Ricovero e rimaste a carico dell'Assicurato.</p> <p>La Centrale Operativa provvederà, su richiesta dell'Assicurato, a fornire informazioni sulle Residenze Sanitarie Assistenziali più vicine al suo domicilio.</p>
Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
<p>Garanzia aggiuntiva Interventi di adattamento della casa e dell'auto</p>	<p>In caso di Sinistro indennizzabile a termini delle 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.</p>


 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.


 Ci sono limiti di copertura?	
ESCLUSIONI	
Esclusioni	<p>La copertura assicurativa non vale per la perdita di autosufficienza causata da:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) conseguenze dirette di infortuni, nonché di malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici in genere insorte anteriormente alla decorrenza della 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 sempreché 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 colpiscano 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: <ul style="list-style-type: none"> 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).

SCOPERTI, FRANCHIGIE, LIMITI DI INDENNIZZO	
Servizi di assistenza domiciliare e Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistenziale	Limite di indennizzo


 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro Al verificarsi della presunta perdita di autosufficienza, 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> dall'Italia numero verde 800 686868 dall'estero numero di rete fissa +39 02 26.609.304. <p>Inoltre, le prestazioni possono essere attivate anche tramite AllianzNOW dai dispositivi abilitati.</p> <p>Il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 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 Assistenza domiciliare, fornire il "Prospetto di Assistenza Domiciliare Integrata" predisposto dall'Impresa, riportato in calce alle Condizioni di assicurazione e disponibile anche presso la rete di vendita, compilato dal medico curante dell'Assicurato. <p>L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.</p> <p>Il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve altresì fornire:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>La Centrale Operativa è il riferimento a cui inviare tutta la documentazione sopra descritta.</p> <p>Le spese relative alla produzione di tutta la documentazione richiesta sono a carico dell'Assicurato.</p> <p>Se durante l'erogazione delle prestazioni 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.</p> <p>In tal caso i Servizi di assistenza domiciliare cessano con effetto dal giorno del Ricovero dell'Assicurato nella Residenza Sanitaria Assistenziale.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese L'Impresa presta i Servizi di assistenza domiciliare tramite la Centrale Operativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l.</p> <p>Prescrizione I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 2 anni.</p>
Dichiarazioni inesatte e reticenti	Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti (ad esempio la dichiarazione inesatta o reticente relativa alle risposte alle domande poste dal Questionario sanitario), o l'omessa


	comunicazione dell'aggravamento del rischio (ad esempio la mancata comunicazione, in corso di contratto, della sopravvenienza di una delle affezioni indicate in polizza come "non assicurabili" – ad esempio alcolismo o tossicodipendenza) possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
	Questionario sanitario È necessario verificare l'esattezza delle risposte alle domande poste dal Questionario sanitario riportato nella Scheda tecnica di modulo e che le stesse rispondano al vero.
Obblighi dell'Impresa	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.


 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Modalità di pagamento del premio</p> <p>Procedura SDD Per il primo pagamento il Contraente può utilizzare i seguenti mezzi di pagamento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità; 2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto1; 3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto. <p>Dal secondo pagamento in poi, il premio viene corrisposto mediante procedura 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.</p> <p>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.</p> <p>Adeguamento del premio Nel contratto puoi convenire che alla scadenza di ogni rata annuale il premio, le somme assicurate e/o i massimali ed i limiti di indennizzo siano automaticamente adeguati in una percentuale fissa del 2,5%; qualora l'indice ISTAT fosse superiore a tale percentuale, verrà preso a riferimento l'indice ISTAT. Inoltre il Premio indicato nella Scheda tecnica di modulo viene rideterminato ad ogni scadenza annua in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato.</p>
Rimborso	La perdita di autosufficienza causata da una Malattia insorta entro il termine di 30 giorni o verificatasi prima dei termini di 3 e 5 anni , indicati alla Sezione "Quando comincia la copertura e quando finisce?", comporta la cessazione della copertura assicurativa dalla sua decorrenza e, in questo caso, l'Impresa rimborsa i premi versati.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>Termini di aspettativa</p> <p>La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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

	<p>Alzheimer, morbo di Parkinson, sclerosi multipla, demenza senile);</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5 anni dal giorno di decorrenza della copertura assicurativa in caso di patologie correlate alla infezione da HIV e di sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) anche se le suddette malattie siano insorte prima di tali termini. <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.
	<p>Cessazione</p> <p>Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza 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 Condizioni di assicurazione.</p> <p>In caso di Sinistro indennizzabile a termini delle 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.</p>
Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 Come posso disdire il modulo?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>Il prodotto è rivolto a chi vuole tutelarsi in caso di un infortunio o una malattia che non gli consenta più di svolgere in autonomia le azioni quotidiane della vita, attraverso servizi di assistenza domiciliare per un periodo predeterminato che permetta a sé stesso e alla propria famiglia di riorganizzare la propria vita.</p> <p>Il prodotto prevede fino a 3 anni di servizi di assistenza, e può essere sottoscritto a partire dai 18 anni di età e fino ai 75 anni.</p> <p>L'accesso al prodotto è subordinato alla valutazione dell'esito del questionario sanitario.</p> <p>L'assicurazione di persone che svolgono attività professionali pericolose non è consentita.</p> <p>Il prodotto consente di coprire i rischi utilizzando combinazioni di garanzie realizzate secondo criteri di prevalente standardizzazione.</p>	

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

COME PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>I reclami 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.</p> <p>L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni.</p> <p>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.</p>

	<p>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.</p> <p>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.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile 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.</p> <p>Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i Consumatori – RECLAMI – Guida".</p> <p>I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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.
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
Mediazione (obbligatoria)	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98)</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria.</p>

Lite transfrontaliera	<p>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.</p>
------------------------------	--

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

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

Assicurazione perdita autosufficienza

Allianz  Perdita di autosufficienza

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Edizione 924 - 01/01/2019

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



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.

Indice

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	3
OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA	4
GARANZIA AGGIUNTIVA OPZIONALE	7
OPERATIVITA'	8
IN CASO DI SINISTRO	8
CONDIZIONI PARTICOLARI	10
TABELLA COEFFICIENTI PER ETA'	11

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 stampe, 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 ETÀ'

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

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