Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Allianz S.p.A. **Prodotto: "Allianz Ultra Salute – Invalidità permanente da malattia"**

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 con soluzioni composte da combinazioni di garanzie crescenti, che offre prestazioni contro il rischio di invalidità permanente a seguito di malattia.

Che cosa è assicurato?

- ✓ La copertura assicurativa vale in caso di Malattia che si manifesti a carico dell'Assicurato. Il tutto secondo le seguenti Soluzioni.

La **Soluzione Essential** contiene le seguenti garanzie:
- ✓ Invalidità permanete da malattia con somma assicurata fissa e franchigia 66%;
- ✓ Assistenza: Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio.

La **Soluzione Plus** contiene le seguenti garanzie:
- ✓ Invalidità permanete da malattia con somma assicurata libera e franchigia 66%;
- ✓ Assistenza: Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio.

La **Soluzione Premium** contiene le seguenti garanzie:
- ✓ Invalidità permanete da malattia con somma assicurata libera e franchigia 25%;
- ✓ Assistenza: Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio.

La **Soluzione Top** contiene, oltre alle garanzie della Soluzione Premium, anche la garanzia:
- ✓ Capitale alla diagnosi di infarto, ictus e tumore.

L'assicurazione è prestata entro **le somme assicurate** puntualmente indicate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio. Per il **dettaglio** dei contenuti delle suddette coperture e per l'elenco delle **garanzie aggiuntive acquistabili facoltativamente con supplemento di premio**, si rinvia al DIP aggiuntivo Danni, sezione "Che cosa è assicurato?".

Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone affette da:
- ✗ alcolismo;
- ✗ tossicodipendenza;
- ✗ sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Garanzia Assistenza:
- ✗ Servizio pubblico di pronto intervento.

Per la descrizione completa dei rischi esclusi, si rinvia al DIP aggiuntivo Danni, sezione "Che cosa non è assicurato".

Ci sono limiti di copertura?

! L'assicurazione **prevede alcuni limiti di copertura**, per il cui dettaglio si rinvia al DIP aggiuntivo Danni, sezione "Ci sono limiti di copertura?". E' prevista l'applicazione alle garanzie di **franchigie** e **limiti di indennizzo,** il cui valore puntuale è determinato in sede di stipulazione ed è indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Dove vale la copertura?

La copertura assicurativa vale in tutto il mondo, fatta eccezione per le seguenti garanzie:

- ✓ Assistenza: vale in tutto il mondo, fatta eccezione per le prestazioni invio di un medico, trasferimento da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo, invio di un medico in viaggio e le prestazioni della Temporary Inability Care che valgono in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Che obblighi ho?

- Quando si sottoscrive il contratto, il Contraente ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del rapporto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato.
- In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso 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. **La denuncia del sinistro deve essere presentata quando il medico ritenga che la malattia abbia concluso la sua fase acuta e che possa comportare una Invalidità permanente.**

Quando e come devo pagare?

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

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

Nel caso di frazionamento mensile il premio assicurativo viene versato esclusivamente con procedura SDD o addebito su carta di credito 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 assicurativa decorre dalle ore 24 della data di pagamento del premio, sia essa contestuale o successiva alla data di sottoscrizione della stessa e termina alla scadenza indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.
In assenza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 15 giorni prima della scadenza, la copertura assicurativa si rinnova tacitamente per un anno e così successivamente. E' possibile escludere contrattualmente il tacito rinnovo ed in tal caso la copertura cessa alla scadenza prevista senza il periodo di tolleranza previsto dall'art. 1901 codice civile, secondo comma.
Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.

Come posso disdire la copertura?

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

Diritto di disdetta alla scadenza contrattuale: è possibile comunicare disdetta alla scadenza indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, con l'invio di una lettera raccomandata almeno 15 giorni prima della suddetta scadenza. Nel caso in cui sia selezionata l'esclusione del tacito rinnovo, la copertura cessa alla scadenza prevista, senza necessità di inviare la disdetta.

Nel caso in cui sia stata inviata disdetta, la garanzia cessa alla scadenza della copertura assicurativa e non si applica il periodo di tolleranza previsto dall'art. 1901 codice civile, secondo comma.

Analoga facoltà di disdetta alla scadenza contrattuale è riconosciuta anche all'Impresa.

Assicurazione contro i danni

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

Impresa: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Allianz Ultra Salute – Invalidità permanente da malattia"

25/09/2021 – Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

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

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

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

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2020 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:
- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a **1.952** 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 **1.105** milioni di euro.

Si rinvia alla "Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria dell'impresa (SFCR)", disponibile sul sito internet dell'Impresa www.allianz.it e si riportano di seguito gli importi:
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a **2.709** milioni di euro;
- del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a **1.219** milioni di euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a **5.540** milioni di euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a **5.540** milioni di euro;

ed il valore dell'Indice di solvibilità (solvency ratio) della Società, pari a **205%.**

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP Danni, si fornisce il dettaglio delle garanzie con l'indicazione delle Soluzioni rispetto alle quali sono operanti (Essential, Plus, Premium e Top).

Il programma Allianz Ultra ed il suo Regolamento	Il presente Ambito di rischio comprende le garanzie ed i relativi sistemi di funzionamento descritti di seguito e negli altri documenti inclusi nel Set informativo. L'Ambito di rischio è acquistabile autonomamente o insieme ad altri Ambiti di rischio, all'interno di una relazione contrattuale unitaria, nel contesto del modello assicurativo Allianz Ultra, che consente l'aggiornamento e l'evoluzione delle Condizioni di assicurazione mediante successive edizioni secondo le disposizioni contenute nel documento "**Allianz Ultra: Regole di funzionamento e caratteristiche generali**", consegnato al Contraente insieme al Set informativo, e che integrano le Condizioni di assicurazione di ciascun Ambito di rischio. E' previsto, in particolare, l'automatico adeguamento del contratto alle Condizioni di assicurazione contenute nell'ultima edizione disponibile e, **in caso di Sinistro, l'applicazione delle regole di**

	gestione e di liquidazione stabilite dalle condizioni previste nell'edizione in vigore al tempo della denuncia di Sinistro, salvaguardando i diritti già maturati dall'Assicurato con l'applicazione della clausola di "**miglior garanzia**", che consente di scegliere la prestazione prevista dall'Ambito di rischio inizialmente acquistato, se ritenuta più favorevole.
Protezione per Invalidità permanente da malattia - garanzie base	
Invalidità permanente da malattia (operante per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")	L'Impresa liquida un Indennizzo in caso di Invalidità permanente **derivante esclusivamente da Malattia che si manifesti a carico dell'Assicurato successivamente alla data di decorrenza della copertura assicurativa, ma non oltre la sua scadenza**. L'Indennizzo è calcolato sulla Somma assicurata in base al grado percentuale di Invalidità permanente da Malattia accertato.
Capitale alla diagnosi di infarto, ictus e tumore (operante per la Soluzione "Top")	L'Impresa riconosce il pagamento della Somma assicurata, nel caso in cui durante la copertura assicurativa insorga e venga diagnosticata all'Assicurato una delle patologie di seguito indicate e definite: **Infarto miocardico acuto** Necrosi (morte) di una parte del muscolo cardiaco dovuta ad ostruzione dell'afflusso di sangue. **Ictus** Deficit non temporaneo delle funzioni cerebrali dovuto ad un afflusso insufficiente di sangue (ictus ischemico) o a un'emorragia (ictus emorragico) senza altra causa se non quella vascolare. **Tumore maligno** Tumore caratterizzato da crescita incontrollata e da diffusione di cellule maligne con invasione dei tessuti sani (compresi quelli in situ) **con esclusione** di tutti i tumori dermatologici. Il capitale viene riconosciuto **a condizione che**: ▪ **la patologia non risulti già insorta alla data di decorrenza della copertura assicurativa**; ▪ il Tumore maligno sia insorto e diagnosticato all'Assicurato decorsi 90 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa. **La Somma assicurata può essere corrisposta una sola volta per anno assicurativo e una sola volta per ciascuna Malattia per tutta la durata della copertura assicurativa.** In caso di liquidazione del capitale per Tumore maligno, la garanzia resta operante per gli anni successivi, per i casi di diagnosi di Infarto e Ictus o per eventuali ulteriori diagnosi di Tumore maligno, **purchè non correlato**, in quanto istologicamente differente, a quello già oggetto di Indennizzo.
Assistenza - garanzie base	
Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio (operante per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")	Prestazioni di Assistenza a favore dell'Assicurato: Servizio di assistenza medica in collegamento telefonico 24 ore su 24 Invio di un medico al domicilio
Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Protezione per Invalidità permanente da malattia	
Garanzia aggiuntiva "Assegno mensile per massimo 10 anni per Invalidità permanente maggiore o uguale a 66%" (selezionabile	In caso di Malattia che dovesse comportare una Invalidità permanente di grado pari o superiore al 66%, l'Impresa riconosce all'Assicurato, finché in vita, un importo mensile pari alla somma e per la durata massima indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio. La liquidazione dell'importo mensile decorrerà dalla data di liquidazione a titolo definitivo dell'Indennità per Invalidità permanente da malattia e in aggiunta ad essa.

per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")	
Assistenza	
Garanzia aggiuntiva Assistenza sanitaria H24 (operante per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")	Prestazioni di Assistenza a favore dell'Assicurato: Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione, trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione, trasferimento da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo, traduzione della documentazione medica, consulenza telefonica su viaggi e medicina, invio di un medico in viaggio, collegamento continuo con il centro ospedaliero, interprete a disposizione all'estero, invio medicinali all'estero, anticipo denaro per spese mediche all'estero, familiare accanto, rientro al domicilio o rimpatrio sanitario, rientro/rimpatrio figli minori, trasferimento/rimpatrio della salma; Temporary Inability Care (le garanzie operano in seguito all'avvenuto Ricovero dell'Assicurato, causato da Infortunio, intervento specialistico o Malattia, presso un pronto soccorso, Day Hospital, Day Surgery od ospedale e, con la sola eccezione della garanzia "Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche", qualora l'Assicurato riceva una **prognosi di Inabilità temporanea superiore a 7 giorni)**: disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche, controllo a distanza delle condizioni di salute, organizzazione e presa in carico dei costi di trasporto verso centri medico-diagnostici, invio di un infermiere al domicilio, esami del sangue a domicilio, esame radiologico al domicilio, esame ecografico al domicilio, consegna esiti a domicilio, consegna medicinali a domicilio, ascolto e supporto psicologico, disbrigo pagamento utenze domiciliari, disbrigo faccende domestiche, ricovero auto. **Oppure, in alternativa a tutte le garanzie e servizi Temporary Inability Care precedentemente riportate, l'Assicurato ha diritto alla seguente prestazione:** Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita.

Che cosa NON è assicurato?

Protezione per invalidità permanente da malattia	
Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Assistenza	
Rischi esclusi per tutte le garanzie (validi per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")	**Sono escluse** le prestazioni in dipendenza di: a) esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai; b) infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti; c) interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni; d) cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie; e) cure ed interventi per l'eliminazione di Difetti fisici, di Malformazioni congenite, cure riabilitative, infermieristiche, dimagranti o termali, applicazioni di carattere estetico e di protesi in genere; f) espianto/trapianto di organi. **Sono escluse** le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.

Ci sono limiti di copertura?

Protezione per invalidità permanente da malattia	
Limiti di copertura per tutte le garanzie (validi per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")	**La copertura assicurativa non è operante** per le malattie e per le invalidità permanenti: a) che siano espressione o conseguenza di condizioni patologiche pregresse insorte anteriormente alla decorrenza della copertura assicurativa e già note in quel momento all'Assicurato in quanto già diagnosticate o curate – anche se comunicate dallo stesso in qualsiasi forma all'atto dell'assunzione del rischio o venute a conoscenza dell'Impresa anche successivamente (attraverso questionario sanitario, cartelle cliniche, certificazioni mediche o altra documentazione inerente lo stato di salute dell'Assicurato prima della stipulazione della copertura assicurativa); b) preesistenti alla data di decorrenza della copertura assicurativa;

	c) causate da abuso clinicamente accertato di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco; d) correlate alla infezione da HIV e dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); e) derivanti da epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS); f) da disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi; g) derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche. h) derivanti da insurrezione o guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche; i) direttamente o indirettamente derivanti da reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate; j) causate da partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato.
Assistenza	
Limiti di copertura per tutte le garanzie (validi per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")	**E' escluso** dall'assicurazione ogni Indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da: a) danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere; b) scioperi, sommosse, tumulti popolari; c) coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio; d) confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale; e) atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa; f) viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali; g) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura; h) esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti; i) materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico; j) inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale; k) dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere; l) atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo; m) abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni; n) infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta; o) suicidio o tentativo di suicidio; p) epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;

	q) quarantene Sono valide anche le seguenti disposizioni e limitazioni: r) la Centrale Operativa Assistenza si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge; s) la Centrale Operativa Assistenza non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute; t) nei casi in cui l'Assicurato benefici di prestazioni di assistenza analoghe e richieda l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazioni, le prestazioni previste dalla presente copertura sono operanti esclusivamente quale rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la prestazione. u) in ogni caso, i costi verranno risarciti complessivamente una volta sola; v) la Centrale Operativa Assistenza tiene a proprio carico il costo delle prestazioni fino al massimale stabilito nelle singole garanzie. Eventuali eccedenze rispetto al massimale restano a carico dell'Assicurato; w) il diritto alle prestazioni di assistenze decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa Assistenza al verificarsi del sinistro; x) ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Centrale Operativa Assistenza derivante dal presente contratto si prescrive ai sensi dell'art. 2952 del c.c. al compimento di due anni dalla data di scadenza del servizio stesso. y) Le prestazioni sono fornite per la durata contrattuale e secondo quanto previsto nelle singole garanzie; all'estero esclusivamente per soggiorni non superiori a 60 giorni consecutivi. La Centrale Operativa Assistenza non potrà essere ritenuta responsabile di: z) ritardi conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore; aa) errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato. La messa a disposizione di un biglietto di viaggio si intende prestata con: • aereo di linea (classe economica); • treno (prima classe). **Il servizio fornito dalla Centrale Operativa Assistenza non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento sanitario, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze sanitarie.**

Franchigie, limiti di indennizzo da determinarsi in sede di stipulazione	
Protezione per invalidità permanente da malattia	
Invalidità permanente da malattia	Franchigia
Assegno mensile per massimo 10 anni per invalidità permanente maggiore o uguale a 66%	Limite di indennizzo Franchigia
Assistenza	
Interprete a disposizione all'estero	Limite di indennizzo
Anticipo denaro per spese mediche all'estero	
Familiare accanto	
Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche	
Invio di un infermiere al domicilio	
Disbrigo faccende domestiche	
Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita	
Protezione abitazione	

Esemplificazione dell'applicazione di Franchigie
Garanzia Invalidità permanente da malattia - Franchigia presente in polizza 25% ▪ Capitale assicurato = 100.000 euro ▪ Invalidità Permanente da Malattia accertata = 20% ▪ Nessun indennizzo per effetto della franchigia 25% ▪ Capitale assicurato = 100.000 euro ▪ Invalidità Permanente da Malattia accertata = 30%

- Applicazione della tabella di liquidazione prevista dalla "Franchigia 25%" (stabilisce che a fronte di un'invalidità del 30% si liquida il 10% del capitale assicurato)
- Invalidità Permanente da Malattia indennizzata = il 10% di 100.000 euro = 10.000 euro.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro Garanzia Invalidità permanete da malattia** **In caso di Sinistro** il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi **deve presentare denuncia formale all'Impresa**, quando il medico che ha in cura l'Assicurato o il medico di famiglia ritenga che la Malattia oggetto di denuncia abbia concluso la sua fase acuta e che possa comportare una Invalidità permanente. **L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.** La denuncia può essere presentata mediante uno dei seguenti canali messi a sua disposizione dall'Impresa: ▪ accedendo alla propria Area Personale dal sito www.allianz.it o tramite l'App AllianzNOW e inviando la denuncia di Sinistro unitamente alla documentazione medica necessaria ad una corretta valutazione della posizione; ▪ tramite il proprio intermediario assicurativo. Per la corretta denuncia del Sinistro **è necessario** presentare la seguente documentazione: ▪ attestazioni mediche in ordine allo stato della Malattia; ▪ copie conformi e integrali delle cartelle cliniche e ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti. Inoltre, ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della documentazione presentata, se richiesto espressamente dall'Impresa, l'Assicurato **deve:** ▪ **consentire** eventuali controlli medici disposti dall'Impresa; ▪ **fornire** a quest'ultima ogni informazione sanitaria relativa al Sinistro denunciato, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato. Con riferimento alla garanzia Assegno mensile per massimo 10 anni per Invalidità permanente maggiore o uguale a 66%, se richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, in caso di accertamento di una Invalidità permanente superiore o uguale al 66%, **l'Assicurato è tenuto ad inviare**: ▪ **ad ogni scadenza annuale il certificato di esistenza in vita, in carta semplice, rilasciato dall'anagrafe;** ▪ **ad ogni scadenza infra-annuale, eventualmente pattuita, un'autodichiarazione di esistenza in vita.** In caso di pagamenti dell'Indennità mensilmente pattuita che dovessero, successivamente, risultare non dovuti a seguito di decesso dell'Assicurato, **l'Impresa si riserva il diritto di richiedere al Contraente – se diverso dall'Assicurato – o ai suoi eredi legittimi la restituzione di tali somme e questi sono obbligati a rimborsare quanto dovuto all'Impresa**. Resta inteso che l'Impresa si riserva la facoltà di richiedere all'Assicurato, in qualsiasi momento, gli originali della documentazione medica prodotta, al fine di verificare che le copie siano conformi agli stessi. Gli originali dovranno, in ogni caso, essere consegnati all'Impresa per esigenze legate ad un contenzioso o a seguito di richiesta delle Autorità Competenti. L'Impresa provvederà a proprie spese alla restituzione degli originali, una volta cessata l'esigenza di trattenerli. Resta inteso che **le spese di cura e quelle relative alla produzione della documentazione medica sono a carico dell'Assicurato.** **Qualora l'Assicurazione pervenga alla scadenza prima che la Malattia sia denunciata, per la presentazione della relativa denuncia è accordato il termine di un anno** sempreché la Malattia si sia manifestata durante il periodo di validità della copertura assicurativa stessa. **Denuncia di sinistro Garanzia Capitale alla diagnosi di infarto, ictus e tumore** Nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato un infarto miocardico acuto, un ictus o un tumore maligno, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi **deve**

presentare denuncia formale all'Impresa, **entro 15 giorni** dalla data di diagnosi della Malattia o dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità.

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

La denuncia può essere presentata mediante uno dei seguenti canali messi a sua disposizione dall'Impresa:

- accedendo alla propria Area Personale dal sito www.allianz.it o tramite l'App AllianzNOW e inviando la denuncia di Sinistro unitamente alla documentazione medica necessaria ad una corretta valutazione della posizione;
- tramite il proprio intermediario assicurativo.

Per la corretta denuncia del Sinistro **è necessario** presentare la seguente documentazione:

- copia della documentazione sanitaria attestante l'accertamento della patologia denunciata;
- copia degli esami clinici, radiologici, istologici, nonchè ogni altra prestazione effettuata ai fini della diagnosi della patologia.

Inoltre, ai fini di una corretta valutazione del Sinistro e della verifica della documentazione presentata, se richiesto espressamente dall'Impresa**,** l'Assicurato **deve**:

- **produrre** eventuale ed ulteriore documentazione medica richiesta che risultasse necessaria alla identificazione della patologia;
- **consentire** eventuali controlli medici disposti dall'Impresa;
- **fornire** a quest'ultima ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Resta inteso che l'Impresa si riserva la facoltà di richiedere all'Assicurato, in qualsiasi momento, gli originali della documentazione medica prodotta, al fine di verificare che le copie siano conformi agli stessi. Gli originali dovranno, in ogni caso, essere consegnati all'Impresa per esigenze legate ad un contenzioso o a seguito di richiesta delle Autorità Competenti.

L'Impresa provvederà a proprie spese alla restituzione degli originali, una volta cessata l'esigenza di trattenerli.

Resta inteso che **le spese di cura e quelle relative alla produzione della documentazione medica sono a carico dell'Assicurato.**

Nel caso in cui, prima della corresponsione dell'Indennizzo, sopravvenga la morte dell'Assicurato, **il Contraente** – se diverso dall'Assicurato – **o i suoi eredi legittimi devono:**

- **darne** immediato avviso all'Impresa;
- **fornire** il certificato di morte dell'Assicurato;
- **assolvere** agli adempimenti sopra indicati;
- **fornire** l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.

Assistenza diretta / in convenzione

Assistenza

Le garanzie ed i servizi di Assistenza sono prestati dall'Impresa tramite la Centrale Assistenza di AWP P&C S.A. in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno.

Gestione da parte di altre imprese

Assistenza

Qualora **il Contraente o l'Assicurato** debba richiedere l'attivazione e l'erogazione delle prestazioni di Assistenza **dovrà contattare telefonicamente** la Centrale Operativa Assistenza chiamando i seguenti numeri:

- numero verde 800 68 68 68 dall'Italia
- numero + 39 02 26 609 166 (anche per chiamate dall'estero)

indicando con precisione:

- il tipo di assistenza di cui necessita;
- cognome e nome;
- indirizzo e luogo da cui chiama;
- eventuale recapito telefonico;
- il numero di Ambito di rischio.

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

	Ufficio Liquidazione Sinistri Assistenza AWP P&C S.A. rappresentanza generale per l'Italia Casella Postale 302 Via Cordusio 4 – 20123 Milano (Mi) **Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa Assistenza non saranno rimborsate**. Inoltre l'Assicurato dovrà: ▪ farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla richiesta di assistenza, il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo; ▪ comunicare, insieme alla documentazione del danno, il proprio codice IBAN (riferimenti bancari) e Codice Fiscale.
	Prescrizione I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 2 anni
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti (ad esempio la dichiarazione inesatta o reticente relativa alle domande poste nel Questionario sanitario) o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio (ad esempio la mancata comunicazione, in corso di contratto, della sopravvenienza di una delle affezioni indicate nelle condizioni di assicurazione 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 Ambito di rischio e che le stesse rispondano al vero.
	Stato Fumatore o Non-fumatore per la Garanzia Capitale alla diagnosi di infarto, ictus e tumore L'eventuale cambiamento dello stato di Fumatore o Non–fumatore dichiarato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, che si verifichi nel corso del contratto, deve essere tempestivamente comunicato per iscritto.
Obblighi dell'Impresa	**Termini di indennizzo** L'Impresa, verificata l'operatività della garanzia, dopo aver ricevuto la necessaria documentazione e aver effettuato gli accertamenti del caso, entro 30 giorni determina l'Indennizzo che risulti dovuto all'Assicurato e provvede al pagamento dello stesso. Entro lo stesso termine l'Impresa comunica eventuali circostanze ostative alla corresponsione dell'Indennizzo.

Quando e come devo pagare?

Premio	**Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP Danni si precisano le ulteriori modalità di pagamento del premio con procedura SDD o addebito su carta di credito.** **Modalità di pagamento del premio:** **Procedura SDD** Per il primo pagamento il Contraente può utilizzare i mezzi di pagamento indicati nel DIP Danni. 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. **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 acquistate con il presente Ambito di rischio sulla carta di credito utilizzata per effettuare il primo pagamento. **Adeguamento del premio** **Le Somme assicurate, i Limiti di indennizzo** (non espressi in percentuale) e il **Premio,** previsti nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, **sono aumentati del 2,5% ad ogni rinnovo annuale o, in alternativa,** della percentuale **- solo se superiore - calcolata rapportando** l'"indice ISTAT di riferimento annuale" (relativo al quarto mese che precede il mese in cui scade la rata annuale di Premio) all'"indice ISTAT mensile" immediatamente precedente ("indice dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati" pubblicato dall'ISTAT). **Se l'indice ISTAT non è disponibile, l'Impresa può utilizzare un indice equivalente** ma deve avvisare il Contraente. Si precisa che sono esclusi da tale adeguamento gli Scoperti e le Franchigie eventualmente previsti ed indicati nella suddetta Scheda tecnica di Ambito di rischio. L'adeguamento/rivalutazione non è operante per la garanzia Assistenza. Inoltre il Premio indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio viene rideterminato ad ogni scadenza annua in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	**Periodo di carenza della copertura assicurativa per la garanzia Capitale alla diagnosi di infarto, ictus e tumore** **La copertura assicurativa per la garanzia Capitale alla diagnosi di infarto, ictus e tumore ha effetto** dalle ore 24: ▪ del **giorno** di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Infarto miocardico acuto e di Ictus; ▪ del **90° giorno** successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Tumore maligno. Pertanto, in caso di diagnosi di Tumore maligno insorto prima del termine di aspettativa sopra indicato, **la garanzia non opera** con riferimento al tumore già insorto e resta operante esclusivamente per i casi di diagnosi di Infarto e Ictus o per eventuali ulteriori diagnosi di Tumore maligno, **purchè non correlato** al precedente, in quanto istologicamente differente. Se l'Assicurato risultava coperto, senza soluzione di continuità, fino alla data di sottoscrizione del presente contratto, con altra precedente copertura assicurativa riguardante la stessa garanzia, gli anzidetti termini operano dalle ore 24: ▪ del giorno di decorrenza della precedente copertura assicurativa per le garanzie e le Somme assicurate dalla stessa; ▪ del giorno di decorrenza di questa copertura assicurativa limitatamente alle diverse garanzie e alle maggiori somme eventualmente assicurate.
Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Come posso disdire la copertura ?

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

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a chi vuole tutelare se stesso e/o i suoi familiari dalle conseguenze economiche derivanti da un'invalidità permanente da malattia.
La possibilità di accedere al prodotto per persone di età superiore ai 65 anni potrà essere discrezionalmente valutata dall'Impresa.
L'accesso al prodotto è subordinato alla valutazione dell'esito del Questionario sanitario.

Il prodotto offre livelli di protezione crescenti in base alle 4 Soluzioni, alternative tra loro di seguito indicate:

Soluzione Essential: la presente Soluzione è rivolta a coloro che vogliono avvalersi di un capitale fisso per invalidità permanenti gravi, pari o superiori al 66%, di consulto medico e altre prestazioni di assistenza.

Soluzione Plus: la presente Soluzione è rivolta a coloro che vogliono avvalersi di un capitale a scelta per invalidità permanenti gravi, pari o superiori al 66% e, in aggiunta alla Soluzione Essential, di un Assegno mensile per massimo 10 anni per invalidità permanente maggiore o uguale al 66%.

Soluzione Premium: la presente Soluzione è rivolta a coloro che vogliono avvalersi di un capitale a scelta erogato in funzione del grado di invalidità accertato per invalidità permanenti pari o superiori al 25%.

Soluzione Top: in aggiunta alla Soluzione Premium, la presente Soluzione è rivolta a coloro che vogliono avvalersi di un capitale aggiuntivo alla diagnosi di infarto, ictus e tumore per affrontare finanziariamente i problemi economici derivanti dalla situazione.

Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari per la commercializzazione del Prodotto in oggetto è pari al 24,5%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità: • con lettera inviata ad Allianz S.p.A. - Pronto Allianz Servizio Clienti - Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano; • tramite il sito internet dell'Impresa - www.allianz.it - accedendo alla sezione Reclami. L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori, il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie. I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari bancari e dei broker e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'Impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire ad Allianz S.p.A. la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it, Info su: www.ivass.it corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte dell'Impresa. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf.

	Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER I CONSUMATORI - RECLAMI - Guida", nonché sul sito dell'Impresa www.allianz.it alla Sezione "Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS. I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono: - nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; - individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; - breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; - copia del reclamo presentato all'Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; - ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (obbligatoria)	Può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelle presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito **www.giustizia.it** (Legge 9/8/2013 n.98).
Negoziazione assistita	Può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria.

Risoluzione delle liti transfrontaliere	Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede in un altro stato membro, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito hiip://www.ec.europa.eu/fin -net), o - se il contraente ha domicilio in Italia - all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

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

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

Allianz ULTRA Salute

Invalidità permanente da malattia

Assicurazione contro i danni

Condizioni di assicurazione comprensive del glossario

Edizione 978 - 22/02/2021

Il prodotto è conforme alle Linee guida "Contratti Semplici e Chiari"

v. 22/136 - C01R098W031000035T250722100650

Allianz S.p.A. -Sede Legale Piazza Tre Torri, 3-20145 Milano-Telefono +39 02 7216.1-Fax +39 02 2216.5000
allianz.spa@pec.allianz.it-CF, Reg. Imprese MI n.05032630963-Rapp. Gruppo IVA Allianz P. IVA n.01333250320
Cap. Soc. euro 403.000.000 i.v.-Albo Imprese Assicurazione n.1.00152-Capogruppo Gruppo Assicurativo Allianz
Albo Gruppi Assic. n.018-Società con unico socio soggetta alla direz. e coordinamento di Allianz SE Monaco-Cod.01

Allianz

AllianzNow, la tua protezione in tempo reale

Scarica l'App 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

Servizio Clienti

Pronto Allianz
800-68-68-68

Allianz S.p.A.-Sede Legale Piazza Tre Torri, 3-20145 Milano-Telefono +39 02 7216.1-Fax +39 02 2216.5000
allianz.spa@pec.allianz.it-CF, Reg. Imprese MI n.05032630963-Rapp. Gruppo IVA Allianz P.IVA n.01333250320
Cap. Soc. euro 403.000.000 i.v.-Albo Imprese Assicurazione n.1.00152-Capogruppo Gruppo Assicurativo Allianz
Albo Gruppi Ass.n.018-Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE Monaco-Cod.01

Glossario

GLOSSARIO

Per facilitare la comprensione delle regole contrattuali contenute nel presente Set Informativo, il Glossario raccoglie i termini più importanti, ricorrenti o di particolare difficoltà, spiegati nel loro significato.
I termini riportati nel "Glossario" sono riconoscibili nelle Condizioni di assicurazione in quanto indicati con la lettera iniziale maiuscola.

Ambito di rischio: il prodotto assicurativo composto da garanzie che coprono uno o più rischi, costituenti l'oggetto della copertura. Le garanzie previste nell'Ambito di rischio possono essere combinate in modo crescente a seconda delle Soluzioni prescelte.

Assicurato: la persona fisica, identificata nella Scheda di Ambito di rischio, il cui interesse è protetto dalla presente copertura assicurativa.

Carenza: il periodo di tempo che intercorre fra la data di stipulazione della presente copertura assicurativa e il momento in cui tale copertura diventa operante. Durante il periodo di Carenza la copertura assicurativa non è operante e pertanto il Sinistro verificatosi in tale periodo non è indennizzabile.

Centrale Operativa Assistenza: la struttura organizzativa di AWP P&C S.A. (di seguito indicata, per brevità, AWP P&C) che provvede, 24 ore su 24 e per tutta la durata dell'anno, al contatto telefonico con l'Assicurato, organizza ed eroga le prestazioni di Assistenza previste dalle Condizioni di assicurazione.

Contraente: la persona fisica o giuridica che stipula la Polizza.

Day Hospital/Day Surgery: il Ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisca in giornata a seguito esclusivamente di terapie mediche (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery).

Familiare: il coniuge o convivente, genitori, figlio/a, nonni, nipoti, fratelli e sorelle, generi e nuore, suoceri.

Franchigia: la parte di danno che è esclusa dall'Indennizzo, espressa in percentuale di Invalidità permanente.

Fumatore: ogni soggetto non rientrante nella definizione di Non-fumatore.

Impresa: Allianz S.p.A.

Inabilità temporanea: la perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento dell'attività professionale.

Indennizzo/Indennità: la somma dovuta dall'Impresa all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Invalidità permanente: la perdita definitiva e irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa proficua, indipendentemente dalla specifica professione esercitata.

Limite di indennizzo: l'importo dovuto dall'Impresa che rappresenta il massimo esborso dell'Impresa stessa, nei casi espressamente indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Malattia: ogni alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute non dovuta ad Infortunio.

Malformazioni/Difetti fisici: la deviazione dal normale assetto morfologico dell'organismo o di un organo per condizioni morbose congenite o traumatiche acquisite.

Non-fumatore: il soggetto che non ha mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro) o che ha smesso di fumare da almeno 24 mesi.

Polizza: il documento che attesta l'esistenza del contratto di assicurazione, riepiloga gli Ambiti di rischio acquistati e/o non acquistati e racchiude gli elementi di natura dichiarativa e sottoscrittiva della Polizza.

Glossario

Premio: l'importo dovuto dal Contraente all'Impresa a titolo di corrispettivo per la prestazione.

Ricovero: la degenza che comporta il pernottamento in Struttura sanitaria, il Day Hospital, il Day Surgery.

Scheda tecnica di Ambito di rischio: il documento riepilogativo specifico della copertura assicurativa "Invalidità permanente da infortunio", che è parte integrante della Polizza.

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

Soluzione: una delle quattro combinazioni di garanzie (Essential, Plus, Premium e Top), alternative tra loro, che compongono l'Ambito di rischio.

Somma assicurata: l'importo indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio che per ogni garanzia prestata viene utilizzato per il calcolo dell'Indennità/Indennizzo.

Struttura sanitaria: ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Strutture sanitarie gli Stabilimenti Termali, le Case di Convalescenza e Soggiorno, gli Ospizi per anziani, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Glossario

Allianz S.p.A.-Sede Legale Piazza Tre Torri, 3-20145 Milano-Telefono +39 02 7216.1-Fax +39 02 2216.5000
allianz.spa@pec.allianz.it-CF, Reg. Imprese MI n.05032630963-Rapp. Gruppo IVA Allianz P.IVA n.01333250320
Cap. Soc. euro 403.000.000 i.v.-Albo Imprese Assicurazione n.1.00152-Capogruppo Gruppo Assicurativo Allianz
Albo Gruppi Ass.n.018-Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE Monaco-Cod.01

Condizioni di assicurazione

INDICE

1 - INTRODUZIONE	PAG.	4
2 - CHE COSA E' ASSICURATO	PAG.	4
3 - CHE COSA NON E' ASSICURATO	PAG.	15
4 - LIMITI DI COPERTURA	PAG.	15
5 - VALIDITA' TERRITORIALE DELLA COPERTURA	PAG.	17
6 - OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI SINISTRO	PAG.	18
7 - PREMIO	PAG.	21
8 - DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA, DISDETTA E RECESSO	PAG.	22
9 - ULTERIORI DISPOSIZIONI	PAG.	23

Condizioni di assicurazione

1. INTRODUZIONE

Attenzione: si presti particolare attenzione alle parti delle condizioni di assicurazione evidenziate in grassetto nonché alle esemplificazioni riportate nel DIP aggiuntivo Danni.

Art. 1.1 - Il presente Ambito di rischio e le relative Soluzioni

L'Ambito di rischio **"Invalidità permanente da malattia"** è costituito da quattro differenti Soluzioni, alternative fra loro, composte dalle seguenti combinazioni di garanzie crescenti:

- **Essential**: comprensiva della garanzia Invalidità permanente da malattia prestata a Somma assicurata fissa con Franchigia 66% e della garanzia di Assistenza Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio;
- **Plus**: comprensiva della garanzia Invalidità permanente da malattia prestata a Somma assicurata libera con Franchigia 66% e della garanzia di Assistenza Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio;
- **Premium**: comprensiva della garanzia Invalidità permanente da malattia prestata a Somma assicurata libera con Franchigia 25% e della garanzia di Assistenza Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio;
- **Top**: comprensiva delle garanzie di cui alla Soluzione Premium, e, in aggiunta, la garanzia Capitale alla diagnosi di infarto, ictus e tumore.

Le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top" possono essere arricchite, con pagamento del relativo Premio, dalla garanzia aggiuntiva Assistenza sanitaria H24.
Le Soluzioni "Plus", "Premium" e "Top" possono essere arricchite, con pagamento del relativo Premio, dalla garanzia aggiuntiva Assegno mensile per massimo 10 anni per invalidità permanente maggiore o uguale a 66%.

Art. 1.2 – Il Regolamento Allianz Ultra

L'Impresa si impegna a manutenere ed aggiornare i contenuti dei singoli Ambiti di rischio acquistabili all'interno di una relazione contrattuale unitaria, nel contesto del **modello assicurativo Allianz Ultra**, al fine di soddisfare al meglio, nel tempo, le esigenze della propria clientela. Il documento "**Allianz Ultra: Regole di funzionamento e caratteristiche generali**" (di seguito "**Regolamento Allianz Ultra**"), che il Contraente ha ricevuto contestualmente al presente Set informativo, descrive e disciplina i meccanismi generali di evoluzione e di aggiornamento del rapporto e delle Condizioni di assicurazione dell'Ambito di rischio, o degli Ambiti di rischio (se più di uno) scelti dal Contraente. E' previsto, in particolare, l'automatico adeguamento del rapporto alle Condizioni di assicurazione contenute nell'ultima edizione disponibile **e, in caso di Sinistro, l'applicazione delle regole di gestione e di liquidazione stabilite dalle condizioni previste nell'edizione in vigore al tempo della denuncia di Sinistro**. Il tutto senza pregiudizio dei diritti già maturati e con applicazione della clausola di "miglior garanzia", che consente comunque al Contraente o all'Assicurato, in caso di Sinistro, di scegliere la prestazione prevista dall'Ambito di rischio inizialmente sottoscritta, se ritenuta più favorevole.
Si rinvia, nel dettaglio, alle singole disposizioni previste nel "**Regolamento Allianz Ultra**", le cui previsioni devono intendersi integrative delle Condizioni di assicurazione.
Le seguenti Condizioni di assicurazione contengono, nei punti più rilevanti e per maggiore chiarezza, alcuni rinvii espressi al "**Regolamento Allianz Ultra**" nonché - per gli aspetti di dettaglio definiti in fase di sottoscrizione - alla **Polizza e alla Scheda tecnica di Ambito di rischio**.

2. CHE COSA E' ASSICURATO

In questa sezione sono descritte le prestazioni assicurative, mentre nelle sezioni successive vi è l'indicazione **dei rischi esclusi, delle limitazioni di copertura e delle altre norme che regolano il rapporto assicurativo.**

La copertura assicurativa è prestata a favore dell'Assicurato ed è **operante per le Somme assicurate riportate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio**, con **l'applicazione delle Franchigie e dei Limiti di indennizzo** concordati in sede di stipulazione e conseguentemente indicati nella stessa.

PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 2.1 – Cosa assicuriamo

La copertura assicurativa vale in caso di Malattia che si manifesti a carico dell'Assicurato durante il periodo di validità della copertura assicurativa, in relazione ai casi descritti nei successivi articoli 2.2 "Le garanzie base" e 2.3 "Le garanzie aggiuntive".

Art. 2.2 - Le garanzie base

In base alla Soluzione "Essential", "Plus", "Premium" o "Top" scelta dal Contraente e **indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio**, sono operanti le garanzie riportate negli articoli che seguono.

Condizioni di assicurazione

Art. 2.2.1 - Invalidità permanente da malattia *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")*

L'Impresa liquida un Indennizzo in caso di Invalidità permanente **derivante esclusivamente da Malattia che si manifesti a carico dell'Assicurato successivamente alla data di decorrenza della copertura assicurativa, ma non oltre la sua scadenza.**
L'Indennizzo è calcolato sulla Somma assicurata in base:

- al grado percentuale di Invalidità permanente da Malattia accertato secondo i criteri contenuti nell'articolo 2.2.1.1 "Accertamento del grado di Invalidità permanente da malattia";
- a quanto stabilito nell'articolo 2.2.1.2 "Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da malattia" con l'applicazione della Franchigia per Sinistro indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Art. 2.2.1.1 – Accertamento del grado di Invalidità permanente da malattia *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")*

Il grado di Invalidità permanente da malattia è accertato secondo i seguenti criteri:

a) **si considerano le sole conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata;**
b) **qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti,** ossia da malattie o invalidità presenti nel soggetto che riguardino sistemi organo-funzionali diversi da quelli interessati dalla Malattia denunciata;
c) **nel corso della copertura assicurativa, le invalidità permanenti da Malattia già accertate non possono essere oggetto di ulteriore valutazione** sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie. Si intendono malattie concorrenti le malattie o le invalidità presenti nel soggetto che determinino un'influenza peggiorativa della Malattia denunciata e della invalidità da essa causata, in quanto interessano lo stesso sistema organo-funzionale. **Nel caso** quindi **la Malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità va effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa;**
d) i postumi di Invalidità permanente vengono riconosciuti come tali e possono essere oggetto di accertamento non prima che, secondo parere medico, la Malattia denunciata abbia concluso la sua fase acuta, e comunque entro un periodo massimo di 18 mesi dalla data di denuncia;
e) **il grado di Invalidità permanente viene valutato tenendo conto della diminuita capacità lavorativa generica ad un qualsiasi lavoro proficuo,** indipendentemente dalla specifica professione esercitata dell'Assicurato.

Art. 2.2.1.2 - Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da malattia

L'Impresa corrisponde l'Indennità per Invalidità permanente da malattia accertata in base ai criteri stabiliti nelle Condizioni di assicurazione e secondo le seguenti modalità specificatamente richiamate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio:

Franchigia 66% *(Valida per le Soluzioni "Essential" e "Plus")*

L'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 66%**; nel caso in cui essa risulta uguale o superiore al 66%, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla Somma assicurata nella misura del 100%.

Condizioni di assicurazione

Franchigia 25% *(Valida per le Soluzioni "Premium" e "Top")*
L'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 25%**; se invece essa risulta di grado pari o superiore al 25%, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla Somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% Invalidità permanente accertata	% Invalidità permanente da liquidare	*% Invalidità permanente accertata*	% Invalidità permanente da liquidare
1	0	51	53
2	0	52	56
3	0	53	59
4	0	54	62
5	0	55	65
6	0	56	68
7	0	57	71
8	0	58	74
9	0	59	77
10	0	60	80
11	0	61	83
12	0	62	86
13	0	63	89
14	0	64	92
15	0	65	96
16	0	66	100
17	0	67	100
18	0	68	100
19	0	69	100
20	0	70	100
21	0	71	100
22	0	72	100
23	0	73	100
24	0	74	100
25	5	75	100
26	6	76	100
27	7	77	100
28	8	78	100
29	9	79	100
30	10	80	100
31	12	81	100
32	14	82	100
33	16	83	100
34	18	84	100
35	20	85	100
36	22	86	100
37	24	87	100
38	26	88	100
39	28	89	100
40	30	90	100
41	32	91	100
42	34	92	100
43	36	93	100
44	38	94	100
45	40	95	100
46	42	96	100
47	44	97	100
48	46	98	100
49	48	99	100
50	50	100	100

Art. 2.2.1.3 - Malattie progressivamente invalidanti *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")*

In deroga a quanto previsto nel punto c) dell'articolo 2.2.1.1 "Accertamento del grado di Invalidità permanente da malattia" si precisa che, nel caso l'Invalidità permanente da malattia già accertata sia stata determinata da una delle patologie qui di seguito indicate:

- Sclerosi multipla
- Morbo di Parkinson
- Morbo di Alzheimer
- Mielopatia cervicale da spondilosi cervicale che condiziona tetraparesi con disturbi sfinterici
- Mielopatia lombo-sacrale condizionante paraparesi con disturbi sfinterici,

le medesime possono essere oggetto di una seconda valutazione in caso di loro aggravamento.

Tale seconda valutazione deve comunque essere effettuata non prima che siano trascorsi 18 mesi dalla prima valutazione e non dopo 36 mesi dalla stessa. In questo caso viene comunque riconosciuta la sola differenza tra la percentuale di Invalidità permanente indennizzabile ai sensi dell'articolo 2.2.1.2 "Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da malattia" e la percentuale precedentemente indennizzata.

Tale seconda ed ultima valutazione è prevista unicamente per l'aggravamento delle patologie sopra elencate e non in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Art. 2.2.2 – Capitale alla diagnosi di infarto, ictus e tumore *(Valido per la Soluzione "Top")*

L'Impresa riconosce il pagamento della Somma assicurata, nel caso in cui durante la copertura assicurativa insorga e venga diagnosticata all'Assicurato una delle patologie di seguito indicate e definite:

Infarto miocardico acuto

Necrosi (morte) di una parte del muscolo cardiaco dovuta ad ostruzione dell'afflusso di sangue.

Ictus

Deficit non temporaneo delle funzioni cerebrali dovuto ad un afflusso insufficiente di sangue (ictus ischemico) o a un'emorragia (ictus emorragico) senza altra causa se non quella vascolare.

Tumore maligno

Tumore caratterizzato da crescita incontrollata e da diffusione di cellule maligne con invasione dei tessuti sani (compresi quelli in situ) **con esclusione** di tutti i tumori dermatologici.

Il capitale viene riconosciuto **a condizione che:**

- **la patologia non risulti già insorta alla data di decorrenza della copertura assicurativa**;
- il Tumore maligno sia insorto e diagnosticato all'Assicurato decorsi 90 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa, come disciplinato all'articolo 8.5 "Periodo di carenza della garanzia Capitale alla diagnosi di infarto, ictus e tumore".

La Somma assicurata può essere corrisposta una sola volta per anno assicurativo e una sola volta per ciascuna Malattia per tutta la durata della copertura assicurativa.

In caso di liquidazione del capitale per Tumore maligno, la garanzia resta operante per gli anni successivi, per i casi di diagnosi di Infarto e Ictus o per eventuali ulteriori diagnosi di Tumore maligno, **purchè non correlato**, in quanto istologicamente differente, a quello già oggetto di Indennizzo.

Art. 2.3 - Le garanzie aggiuntive

Le seguenti garanzie aggiuntive possono essere scelte dal Contraente, con il pagamento di un Premio aggiuntivo, solo nell'Ambito delle Soluzioni espressamente indicate per ciascuna di esse e sono operanti **solo se sono richiamate** nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Art. 2.3.1 - Assegno mensile per massimo 10 anni per Invalidità permanente maggiore o uguale a 66% *(Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")*

In caso di Malattia che dovesse comportare una Invalidità permanente di grado pari o superiore al 66%, determinato secondo i criteri indicati all'articolo 2.2.1.1 "Accertamento del grado di Invalidità permanente da malattia", l'Impresa riconosce all'Assicurato, finché in vita, un importo mensile pari alla somma e per la durata massima indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

La liquidazione dell'importo mensile decorrerà dalla data di liquidazione a titolo definitivo dell'Indennità per Invalidità permanente da malattia e in aggiunta ad essa.

Condizioni di assicurazione

ASSISTENZA

Le garanzie ed i servizi di Assistenza di seguito precisati sono prestati dall'Impresa tramite la Centrale Operativa Assistenza di AWP P&C S.A. in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno.
Il servizio di Assistenza prestato con la presente copertura assicurativa non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze.
AVVERTENZA: nessun rimborso è previsto senza il preventivo contatto con la Centrale Operativa Assistenza (per i dettagli si rinvia all'articolo 6.6 "Obblighi").

Art. 2.4 - Le garanzie base Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")*

Art. 2.4.1 - Servizio di assistenza medica in collegamento telefonico 24 ore su 24

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

Art. 2.4.2 - Invio di un medico al domicilio

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

Art. 2.5 - La garanzia aggiuntiva Assistenza sanitaria H24 *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top", se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)*

Art. 2.5.1 - Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione

Quando, in seguito ad Infortunio o Malattia, l'Assicurato o il suo medico curante desiderino effettuare il riesame della documentazione clinica in loro possesso presso un centro medico ritenuto internazionalmente di riferimento per la patologia clinica di cui l'Assicurato soffre, la Centrale Operativa Assistenza mette a disposizione la propria équipe medica per effettuare il riesame richiesto, in conformità al proprio giudizio di merito, **entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della documentazione medica in possesso dell'Assicurato. Tale termine non include i tempi di ulteriori specifiche indagini cliniche o scientifiche rese necessarie dal caso, da eseguirsi su richiesta del centro medico internazionale refertante.** In particolare la Centrale Operativa Assistenza acquisirà e verificherà tutta la documentazione clinica e diagnostica in possesso dell'Assicurato, ricercherà ed identificherà a livello internazionale il centro medico ritenuto eccellente per la specifica patologia dell'Assicurato e vi si rivolgerà per ottenerne la second opinion scientifico-specialistica fornendo altresì all'Assicurato, tramite il proprio staff medico, il necessario ed adeguato supporto medico specialistico,

anche per ciò che riguarda un primo sostegno psicologico per l'Assicurato e/o per i suoi familiari conviventi, tenendone a proprio carico i relativi costi. Se necessario, la Centrale Operativa Assistenza provvederà alla traduzione di tutta la documentazione medica necessaria ad ottenere la refertazione scientifico-specialistica e della successiva relativa refertazione, sempre tenendo a proprio carico i relativi costi.
Per l'espletamento di tale prestazione l'Assicurato dovrà fornire ai medici della Centrale Operativa Assistenza specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.
Qualora, per cause non dipendenti dall'Assicurato e/o non legate all'espletamento di ulteriori specifiche indagini cliniche o scientifiche rese necessarie dal caso, non fosse possibile provvedere alla prestazione entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della documentazione medica in possesso dell'Assicurato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato potrà rivolgersi presso un centro medico di sua fiducia per l'ottenimento della medesima prestazione, il cui costo sarà rimborsato **nel limite di euro 500,00 per evento.**

Art. 2.5.2 - Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione

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

Art. 2.5.3 - Trasferimento da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo

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

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

Art. 2.5.4 - Traduzione della documentazione medica

Quando, a seguito dell'erogazione della prestazione dell'articolo 2.5.2 - "Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione", risultasse necessaria la traduzione della cartella clinica e/o della documentazione medica in possesso dell'Assicurato, la Centrale Operativa Assistenza provvederà alla traduzione di tali documenti dall'italiano alla lingua straniera (Inglese, Francese, Tedesco, Spagnolo) richiesta dai medici del centro ospedaliero di destinazione e, successivamente, dalla lingua straniera in cui vengono redatti ulteriori nuovi documenti clinici all'italiano. I costi delle traduzioni rimangono interamente a carico della Centrale Operativa Assistenza.
Per l'espletamento di tale prestazione l'Assicurato dovrà fornire ai medici della Centrale Operativa Assistenza specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.
La prestazione sarà effettuata entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della documentazione medica, che dovrà essere prodotta dall'Assicurato. Qualora non fosse possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato potrà rivolgersi presso un centro di traduzioni di sua fiducia per l'ottenimento della medesima prestazione, il cui costo sarà rimborsato **nel limite di euro 100,00 per evento.**

Art. 2.5.5 - Consulenza telefonica su viaggi e medicina

In caso di necessità, la Centrale Operativa Assistenza metterà a disposizione la propria équipe medica per fornire consulenze ed informazioni utili alle persone che stanno per intraprendere un viaggio in un Paese tropicale o comunque definito a rischio dal punto di vista sanitario:
- vaccinazioni e profilassi per i viaggiatori in procinto di partire per un Paese a rischio sanitario;
- consigli igienico sanitari e norme da adottare durante un viaggio in un Paese a rischio sanitario;
- segnalazione di medici o centri specializzati in medicina tropicale o infettivologia, sia in Italia che all'estero.

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

Art. 2.5.6 - Invio di un medico in viaggio

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

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

Art. 2.5.7 - Collegamento continuo con il centro ospedaliero

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

Art. 2.5.8 - Interprete a disposizione all'estero

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

Art. 2.5.9 - Invio medicinali all'estero

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

Art. 2.5.10 - Anticipo denaro per spese mediche all'estero

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

Art. 2.5.11 - Familiare accanto

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

Art. 2.5.12 - Rientro al domicilio o rimpatrio sanitario

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

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

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

Art. 2.5.13 - Rientro/Rimpatrio figli minori

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

Art. 2.5.14 - Trasferimento/Rimpatrio della salma

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

Art. 2.5.15 TEMPORARY INABILITY CARE

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

■ Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche

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

Condizioni di assicurazione

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

■ Controllo a distanza delle condizioni di salute

La Centrale Operativa Assistenza telefonerà periodicamente all'Assicurato per verificare l'evoluzione clinica e il buon esito delle terapie e delle prescrizioni mediche assegnate al suo caso. Qualora venisse riscontrata la necessità di un intervento medico domiciliare durante l'azione di controllo, la Centrale Operativa Assistenza organizzerà tale intervento attivando la prestazione di cui all'articolo 2.5.6 "Invio di un medico in viaggio" secondo quanto ivi previsto.

■ Organizzazione e presa in carico dei costi di trasporto verso centri medico-diagnostici

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

■ Invio di un infermiere al domicilio

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

■ Esami del sangue a domicilio

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

■ Esame radiologico al domicilio (Rx torace)

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

■ Esame ecografico al domicilio

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

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

- Consegna esiti a domicilio

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

- Consegna medicinali a domicilio

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

- Ascolto e supporto psicologico

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

- Disbrigo pagamento utenze domiciliari

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

- Disbrigo faccende domestiche

Quando l'Assicurato sia oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessiti di un aiuto domestico durante il periodo di Ricovero e comunque non oltre i primi 30 giorni successivi alla dimissione, la Centrale Operativa Assistenza provvede a inviargli a domicilio una colf, baby sitter, dog sitter o aiuto-spesa secondo necessità, tenendo a proprio carico la relativa spesa **sino a un massimo di euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi.**
L'erogazione del servizio potrà avvenire solo in concomitanza della presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato presso la sua abitazione.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, sarà erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerga la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.
Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.**

- Ricovero auto

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

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

Art. 2.5.16 - Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita

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

- Disbrigo pagamento utenze domiciliari

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

- Disbrigo faccende domestiche

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

- Protezione abitazione

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

■ Ricovero auto

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

3. CHE COSA NON E' ASSICURATO

In questa sezione sono descritti i rischi esclusi (persone ed eventi esclusi dalla copertura) e le condizioni in presenza delle quali le coperture non sono operanti.

PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 3.1 – Persone non assicurabili *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")*

Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, non sono assicurabili le persone affette da:

- alcolismo e tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Qualora una o più delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso della copertura assicurativa, l'Impresa ha diritto di recedere con effetto immediato dalla ricezione della comunicazione di recesso ai sensi e per gli effetti dell'art. 1898 codice civile, comma 3.

ASSISTENZA

Art. 3.2 – Rischi esclusi **per tutte le garanzie** *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")*

Sono escluse le prestazioni in dipendenza di:

a) esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai;
b) infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti;
c) interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni;
d) cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie;
e) cure ed interventi per l'eliminazione di Difetti fisici, di Malformazioni congenite, cure riabilitative, infermieristiche, dimagranti o termali, applicazioni di carattere estetico e di protesi in genere;
f) espianto/trapianto di organi.

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

4. LIMITI DI COPERTURA

In questa sezione sono descritte le limitazioni di copertura, cioè i casi in cui, per espressa previsione contrattuale, la copertura non è operante per alcuni eventi.

La copertura assicurativa è prestata con l'applicazione delle Franchigie e dei Limiti di indennizzo concordati in sede di stipulazione e conseguentemente indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Condizioni di assicurazione

PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 4.1 – Limiti di copertura **per tutte le garanzie** *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")*

La copertura assicurativa non è operante per le malattie e per le invalidità permanenti:

a) che siano espressione o conseguenza di condizioni patologiche pregresse insorte anteriormente alla decorrenza della copertura assicurativa e già note in quel momento all'Assicurato in quanto già diagnosticate o curate - anche se comunicate dallo stesso in qualsiasi forma all'atto dell'assunzione del rischio o venute a conoscenza dell'Impresa anche successivamente (attraverso questionario sanitario, cartelle cliniche, certificazioni mediche o altra documentazione inerente lo stato di salute dell'Assicurato prima della stipulazione della copertura assicurativa);
b) preesistenti alla data di decorrenza della copertura assicurativa;
c) causate da abuso clinicamente accertato di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
d) correlate alla infezione da HIV e dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
e) derivanti da epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS);
f) da disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi;
g) derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
h) derivanti da insurrezione o guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche;
i) direttamente o indirettamente derivanti da reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate;
j) causate da partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato.

ASSISTENZA

Art. 4.2 - Limiti di copertura **per tutte le garanzie** *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")*

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

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

o) suicidio o tentativo di suicidio;
p) epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
q) quarantene.

Sono valide anche le seguenti disposizioni e limitazioni:

r) la Centrale Operativa Assistenza si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge;
s) la Centrale Operativa Assistenza non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute;
t) nei casi in cui l'Assicurato benefici di prestazioni di assistenza analoghe e richieda l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazioni, le prestazioni previste dalla presente copertura sono operanti esclusivamente quale rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la prestazione;
u) in ogni caso, i costi verranno risarciti complessivamente una volta sola;
v) la Centrale Operativa Assistenza tiene a proprio carico il costo delle prestazioni fino al massimale stabilito nelle singole garanzie. Eventuali eccedenze rispetto al massimale restano a carico dell'Assicurato;
w) il diritto alle prestazioni di assistenze decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa Assistenza al verificarsi del Sinistro;
x) ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Centrale Operativa Assistenza derivante dal presente contratto si prescrive ai sensi dell'art. 2952 del c.c. al compimento di due anni dalla data di scadenza del servizio stesso;
y) Le prestazioni sono fornite per la durata contrattuale e secondo quanto previsto nelle singole garanzie; all'estero esclusivamente per soggiorni non superiori a 60 giorni consecutivi.

La Centrale Operativa Assistenza non potrà essere ritenuta responsabile di:

z) ritardi conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore;
aa) errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato.

La messa a disposizione di un biglietto di viaggio si intende prestata con:

- aereo di linea (classe economica);
- treno (prima classe).

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

5. VALIDITA' TERRITORIALE DELLA COPERTURA

PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 5.1 - Validità territoriale

La copertura assicurativa è valida in tutto il mondo.

ASSISTENZA

Art. 5.2 – Validità territoriale

La copertura assicurativa vale per il mondo intero, fatta eccezione di quanto eventualmente specificato all'interno di ogni singola prestazione.

Restano in ogni caso esclusi i paesi che, pur rientrando nell'ambito di validità della copertura assicurativa, al momento della richiesta di attivazione di assistenza risultano sottoposti ad embargo (totale o parziale) oppure a provvedimenti sanzionatori da parte dell'ONU e/o UE. L'elenco di tali paesi è disponibile anche sul sito www.allianz-global-assistance.it/corporate/Prodotti/avvertenze/.

6. OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI SINISTRO

Condizioni di assicurazione

In questa Sezione sono regolati gli adempimenti e le attività poste a carico delle Parti al verificarsi di un Sinistro al fine di consentire l'erogazione dell'Indennizzo o della prestazione assicurativa e, dunque, le modalità e i tempi per la denuncia del Sinistro, le modalità di determinazione dei danni e i tempi di adempimento o liquidazione.

Restano ferme, anche in relazione alla gestione e liquidazione dei Sinistri, le disposizioni del "Regolamento Allianz Ultra", richiamato all'articolo 1.2, applicabili ai casi in cui il Sinistro dovesse essere denunciato in vigenza di una edizione successiva alla presente.

PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 6.1 - Obblighi **per la garanzia Invalidità permanente da malattia** *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")*

In caso di Sinistro il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi **deve presentare denuncia formale all'Impresa**, quando il medico che ha in cura l'Assicurato o il medico di famiglia ritenga che la Malattia oggetto di denuncia abbia concluso la sua fase acuta e che possa comportare una Invalidità permanente.
L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.

La denuncia può essere presentata mediante uno dei seguenti canali messi a sua disposizione dall'Impresa:
- accedendo alla propria Area Personale dal sito www.allianz.it o tramite App AllianzNow e inviando la denuncia di Sinistro unitamente alla documentazione medica necessaria ad una corretta valutazione della posizione;
- tramite il proprio intermediario assicurativo.

Per la corretta denuncia del Sinistro **è necessario** presentare la seguente documentazione:
- attestazioni mediche in ordine allo stato della Malattia;
- copie conformi e integrali delle cartelle cliniche e ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

Inoltre, ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della documentazione presentata, se richiesto espressamente dall'Impresa,**l'Assicurato deve:**
- consentire eventuali controlli medici disposti dall'Impresa;
- fornire a quest'ultima ogni informazione sanitaria relativa al Sinistro denunciato, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Con riferimento alla garanzia Assegno mensile per massimo 10 anni per Invalidità permanente maggiore o uguale a 66%, se richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, in caso di accertamento di una Invalidità permanente superiore o uguale al 66%, **l'Assicurato è tenuto ad inviare**:
- **ad ogni scadenza annuale il certificato di esistenza in vita, in carta semplice, rilasciato dall'anagrafe;**
- **ad ogni scadenza infra-annuale, eventualmente pattuita, un'autodichiarazione di esistenza in vita.**

In caso di pagamenti dell'Indennità mensilmente pattuita che dovessero, successivamente, risultare non dovuti a seguito di decesso dell'Assicurato, **l'Impresa si riserva il diritto di richiedere al Contraente – se diverso dall'Assicurato – o ai suoi eredi legittimi la restituzione di tali somme e questi sono obbligati a rimborsare quanto dovuto all'Impresa**

Resta inteso che l'Impresa si riserva la facoltà di richiedere all'Assicurato, in qualsiasi momento, gli originali della documentazione medica prodotta, al fine di verificare che le copie siano conformi agli stessi. Gli originali dovranno, in ogni caso, essere consegnati all'Impresa per esigenze legate ad un contenzioso o a seguito di richiesta delle Autorità Competenti.
L'Impresa provvederà a proprie spese alla restituzione degli originali, una volta cessata l'esigenza di trattenerli.

Resta inteso che **le spese di cura e quelle relative alla produzione della documentazione medica sono a carico dell'Assicurato.**

Qualora l'Assicurazione pervenga alla scadenza prima che la Malattia sia denunciata, per la presentazione della relativa denuncia è accordato il termine di un anno sempreché la Malattia si sia manifestata durante il periodo di validità della copertura assicurativa stessa.

Art. 6.2 - Obblighi **per la garanzia Capitale alla diagnosi di infarto, ictus e tumore** *(Valido per la Soluzione "Top")*

Nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato una delle malattie di cui all'articolo 2.2.5 "Capitale alla diagnosi di infarto, ictus e tumore", il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi **deve presentare denuncia formale all'Impresa, entro 15 giorni** dalla data di diagnosi della Malattia o dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità.
L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.

La denuncia può essere presentata mediante uno dei seguenti canali messi a sua disposizione dall'Impresa:
- accedendo alla propria Area Personale dal sito www.allianz.it o tramite App AllianzNow e inviando la denuncia di Sinistro unitamente alla documentazione medica necessaria ad una corretta valutazione della posizione;
- tramite il proprio intermediario assicurativo.

Per la corretta denuncia del Sinistro **è necessario** presentare la seguente documentazione:
- copia della documentazione sanitaria attestante l'accertamento della patologia denunciata;
- copia degli esami clinici, radiologici, istologici, nonchè ogni altra prestazione effettuata ai fini della diagnosi della patologia.

Inoltre, ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della documentazione presentata, se richiesto espressamente dall'Impresa, **l'Assicurato deve:**
- produrre eventuale ed ulteriore documentazione medica richiesta che risultasse necessaria alla identificazione della patologia;
- consentire eventuali controlli medici disposti dall'Impresa;
- fornire a quest'ultima ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Resta inteso che l'Impresa si riserva la facoltà di richiedere all'Assicurato, in qualsiasi momento, gli originali della documentazione medica prodotta, al fine di verificare che le copie siano conformi agli stessi. Gli originali dovranno, in ogni caso, essere consegnati all'Impresa per esigenze legate ad un contenzioso o a seguito di richiesta delle Autorità Competenti.
L'Impresa provvederà a proprie spese alla restituzione degli originali, una volta cessata l'esigenza di trattenerli.

Resta inteso che **le spese di cura e quelle relative alla produzione della documentazione medica sono a carico dell'Assicurato.**

Nel caso in cui, prima della corresponsione dell'Indennizzo, sopravvenga la morte dell'Assicurato, **il Contraente** - se diverso dall'Assicurato - **o i suoi eredi legittimi devono:**
- darne immediato avviso all'Impresa;
- fornire il certificato di morte dell'Assicurato;
- assolvere agli adempimenti sopra indicati;
- fornire l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.

Art. 6.3 – Termini per l'indennizzo *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")*
L'Impresa, verificata l'operatività della garanzia, dopo aver ricevuto la necessaria documentazione e aver effettuato gli accertamenti del caso, entro 30 giorni determina l'Indennizzo che risulti dovuto all'Assicurato e provvede al pagamento dello stesso.
Entro lo stesso termine l'Impresa comunica eventuali circostanze ostative alla corresponsione dell'Indennizzo.

In tutti i casi in cui sia prevista la corresponsione dell'Indennità per Invalidità permanente sotto forma di capitale e si verifichi il decesso dell'Assicurato:

a) se il decesso avviene, per qualsiasi causa, prima che l'Impresa abbia potuto effettuare l'accertamento del grado di Invalidità permanente ma successivamente all'esaurimento della fase acuta della Malattia oggetto di denuncia, gli eredi devono fornire:
   - la documentazione medica indicata all'articolo 6.1 "Obblighi per la garanzia Invalidità permanente da malattia";
   - il certificato di morte dell'Assicurato;
   - l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.

Una volta acquisita la documentazione medica sopra indicata l'Impresa:
   - provvede alla valutazione dell'Invalidità permanente secondo i criteri indicati all'articolo 2.2.1.1 "Accertamento del grado di Invalidità permanente da malattia" in base alla documentazione medica disponibile;
   - s'impegna a comunicare agli eredi l'esito della valutazione del Sinistro entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra.

Nel caso l'Indennizzo venga ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi l'importo quantificato od offerto dopo che essi hanno prodotto la dichiarazione di successione in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo spettante per la prestazione Invalidità permanente da malattia;

b) se il decesso avviene, per qualsiasi causa, dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi l'importo quantificato od offerto dopo che essi hanno prodotto:
   - il certificato di morte dell'Assicurato;

- l'atto notorio attestante la qualifica di eredi;
- la dichiarazione di successione, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo spettante per la garanzia Invalidità permanente da malattia;

Quanto previsto dal presente articolo, limitatamente ai punti a) e b), non si applica alla garanzia di ci all'articolo 2.3.1 "Assegno mensile per massimo 10 anni per Invalidità permanente maggiore o uguale a 66%".
La valutazione dell'Invalidità permanente e la corresponsione della relativa Indennità viene effettuata in Italia in euro.

Art. 6.4 – Procedura per la valutazione del danno *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")*

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, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria.
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. 6.5 – Dichiarazione e modifica dello stato di Fumatore o Non-fumatore *(Valido per la Soluzione "Top")*

In relazione alla garanzia Capitale alla diagnosi per infarto, ictus e tumore, lo stato di Non-fumatore dell'Assicurato, dichiarato all'atto dell'assunzione del rischio attraverso questionario sanitario, comporta l'applicazione di una tariffa ridotta per i non-fumatori rispetto ai fumatori.
Qualora nel corso della copertura assicurativa l'Assicurato modifichi il proprio stato di Fumatore o di Non-fumatore, come definiti nel Glossario, **il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di comunicare immediatamente all'Impresa il cambiamento di tale stato.**
In questo caso l'Impresa può chiedere l'adeguamento delle condizioni in essere mediante emissione di un nuovo contratto, in sostituzione di quello in corso.
In caso di dichiarazione inesatta circa lo stato di Non-fumatore dell'Assicurato o se il Contraente o l'Assicurato non dà comunicazione all'Impresa della perdita nel corso della copertura assicurativa dello stato di Non-fumatore dichiarato, **in caso di Sinistro indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di assicurazione, l'Indennizzo** relativo alla garanzia Capitale alla diagnosi per infarto, ictus e tumore, **viene ridotto in base al rapporto tra il premio previsto per il Non-fumatore e quello previsto per il Fumatore.**

ASSISTENZA

Art. 6.6 – Obblighi

Qualora **il Contraente o l'Assicurato** debba richiedere l'attivazione e l'erogazione delle prestazioni di Assistenza **dovrà contattare telefonicamente** la Centrale Operativa Assistenza chiamando i seguenti numeri:

- numero verde 800 68 68 68 dall'Italia
- numero + 39 02 26 609 166 (anche per chiamate dall'estero)

indicando con precisione:

- il tipo di assistenza di cui necessita;
- cognome e nome;
- indirizzo e luogo da cui chiama;
- eventuale recapito telefonico;
- il numero di Ambito di rischio.

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

Ufficio Liquidazione Sinistri Assistenza
AWP P&C S.A. rappresentanza generale per l'Italia
Casella Postale 302
Via Cordusio 4 – 20123 Milano (Mi)

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa Assistenza non saranno rimborsate.
Inoltre l'Assicurato dovrà:

- farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla richiesta di assistenza, il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo;
- comunicare, insieme alla documentazione del danno, il proprio codice IBAN (riferimenti bancari) e Codice Fiscale.

7. PREMIO

Art. 7.1 – Pagamento del Premio

Il Premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione del contratto. E' possibile chiedere il frazionamento mensile, trimestrale, quadrimestrale, semestrale con una maggiorazione del Premio, rispettivamente del 5,6%, 5%, 4% e 3%. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze di frazionamento stabilite.
Il Premio può essere pagato tramite:

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

Nel caso di **frazionamento mensile** il Premio assicurativo viene versato **esclusivamente con procedura SDD o addebito su carta di credito**, secondo le seguenti modalità:

- Procedura SDD
  Per la prima rata di Premio valgono le modalità sopra indicate.
  Dalla seconda rata 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.
- 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.
Il Premio è comprensivo delle imposte.

Art. 7.2 – Adeguamento automatico annuale *(Valido ed operante solo se espressamente richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)*

Le Somme/massimali assicurati, i Limiti d'indennizzo (non espressi in percentuale) e il **Premio,** previsti nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, **sono aumentati del 2,5% ad ogni rinnovo annuale o, in alternativa,** della percentuale **- solo se superiore - calcolata rapportando** l'"indice ISTAT di riferimento annuale" (relativo al quarto mese che precede il mese in cui scade la rata annuale di Premio) all'"indice ISTAT mensile" immediatamente precedente ("indice dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati" pubblicato dall'ISTAT). **Se l'indice ISTAT non è disponibile, l'Impresa può utilizzare un indice equivalente** ma deve avvisare il Contraente.
Si precisa che sono escluse da tale adeguamento le Franchigie eventualmente previste ed indicate nella suddetta Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Art. 7.3 - Ridefinizione del premio per età

Il Premio indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio – con esclusione di quello relativo alla garanzia Assistenza – viene rideterminato ad ogni scadenza annua, in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato, come riportato nella Scheda stessa alla "Tabella premi imponibili annui".
Qualora sia richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio l'articolo 7.2 "Adeguamento automatico annuale" i premi riportati nella tabella sopra indicata si adegueranno in base alle regole indicate nel suddetto articolo.

8. DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA, DISDETTA E RECESSO

Condizioni di assicurazione

Art. 8.1a – Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del premio *(Valido nel caso di frazionamento diverso da mensile)*

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

I Premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la copertura assicurativa oppure all'Impresa e sono dovuti per intero anche se sono frazionati in più rate. **Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successivi, la copertura assicurativa, a parziale deroga della disciplina dell'art.1901 codice civile, resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento,** fermi le successive scadenze e il diritto dell'Impresa al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 codice civile.

Art. 8.1b – Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del premio *(Valido solo nel caso di pagamento del premio mediante procedura SDD o carta di credito e frazionamento mensile)*

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

Qualora sia stata concordata la domiciliazione mensile dei pagamenti mediante addebito in conto corrente o su carta di credito, la domiciliazione degli addebiti si applica ai pagamenti successivi al primo ed in caso di variazione o cessazione dei rapporti di addebito il Contraente è tenuto a darne immediato avviso all'Impresa.

Il Premio è dovuto per l'intera annualità e pertanto, 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 assicurativa 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 all'omesso avviso del Contraente, in tutti i casi di variazione o cessazione del rapporto di conto corrente o al venir meno del rapporto contrattuale che disciplina l'uso della carta di credito, salvo che l'addebito, in questo ultimo caso, 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; **dalla scadenza dell'annualità assicurativa il rapporto contrattuale dovrà intendersi comunque risolto nei termini descritti dal "Regolamento Allianz Ultra", richiamato all'articolo 1.2.**

Art. 8.2 – Tacito rinnovo

La copertura assicurativa scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

In **mancanza di disdetta** di una delle parti, **inviata mediante lettera raccomandata almeno 15 giorni prima della scadenza, la copertura** di durata non inferiore a un anno **è prorogata per un anno e così successivamente.**

In caso di domiciliazione periodica dei pagamenti su conto corrente o carta di credito, l'invio di lettera di disdetta da una delle parti comporta la revoca da parte dell'Impresa della delega di addebito sul rapporto di pagamento comunicato dal Contraente.

Art. 8.3 – Deroga del tacito rinnovo *(Selezionabile, valida ed operante solo se espressamente richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)*

A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 8.2 "Tacito rinnovo", la presente copertura assicurativa **non verrà tacitamente rinnovata** alla sua naturale scadenza e pertanto **cesserà alla sua naturale scadenza**, senza necessità di invio di disdetta. In tal caso non si applicherà il periodo di tolleranza successivo alla scadenza previsto dall'art. 1901 codice civile.

Art. 8.4 - Continuità della **garanzia Invalidità permanete da malattia** *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")*

In deroga a quanto disposto dagli articoli 4.1 "Rischi esclusi **per tutte le garanzie**" e 2.1 "Cosa assicuriamo", se l'Assicurato risultava coperto, **senza soluzione di continuità,** fino alla data di sottoscrizione del presente contratto, **con altra precedente copertura assicurativa** riguardante la stessa garanzia, la copertura è estesa all'invalidità derivante da Malattia insorta nella vigenza della precedente copertura assicurativa e manifestatasi nel corso della presente copertura assicurativa restando inteso che, in tal caso, **l'Indennità è valutata**, sulla base delle disposizioni contenute nelle presenti Condizioni di assicurazione, **sulla minore delle somme assicurate previste dai diversi contratti**.

Art. 8.5 – Periodo di carenza della **garanzia Capitale alla diagnosi di infarto, ictus e tumore** *(Valido per la Soluzione "Top")*

Fermo quanto previsto all'articolo 8.1a e 8.1b "Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del premio", **la copertura assicurativa per la garanzia Capitale alla diagnosi di infarto, ictus e tumore** ha effetto dalle ore 24:

- del **giorno** di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Infarto miocardico acuto e di Ictus;
- del **90° giorno** successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Tumore maligno.

Pertanto, in caso di diagnosi di Tumore maligno insorto prima del termine di aspettativa sopra indicato, **la garanzia non opera** con riferimento al tumore già insorto e resta operante esclusivamente per i casi di diagnosi di Infarto e Ictus o per eventuali ulteriori diagnosi di Tumore maligno, **purchè non correlato** al precedente, in quanto istologicamente differente.
Se l'Assicurato risultava coperto, senza soluzione di continuità, fino alla data di sottoscrizione del presente contratto, con altra precedente copertura assicurativa riguardante la stessa garanzia, gli anzidetti termini operano dalle ore 24:

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

9. ULTERIORI DISPOSIZIONI

Art. 9.1 – Pagamento dell'indennità alla Ditta Contraente *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top", se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)*

Il Beneficiario delle Somme assicurate indicate per le garanzie:

- Invalidità permanente da malattia
- Capitale alla diagnosi di infarto, ictus e tumore

se richiamate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, deve intendersi la Ditta Contraente.
La copertura assicurativa è stipulata dalla Ditta Contraente per coprirsi, nei limiti e alle condizioni concordate, del danno economico che ad essa possa derivare da sinistri subiti dalla persona assicurata nella presente Scheda tecnica di Ambito di rischio.
Pertanto si conviene che:

- i rapporti fra l'Impresa e la persona danneggiata si limiteranno all'accertamento delle conseguenze del Sinistro, mentre la liquidazione del danno verrà effettuata unicamente nei confronti della Contraente;
- le indennità liquidate in base alle Condizioni di assicurazione verranno versate unicamente alla Contraente che ne rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per l'Impresa. La Contraente soddisferà direttamente e sotto la propria esclusiva responsabilità ogni pretesa o diritto dell'Assicurato o aventi causa impegnandosi a manlevare l'Impresa solvente da ogni richiesta o azione che venga da chiunque avanzata per il Sinistro o per la presente copertura assicurativa.

L' Assicurato, con la sottoscrizione di questa Condizione di assicurazione, manifesta il suo esplicito consenso a quanto sopra convenutosi.

Art. 9.2 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio **possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché** la stessa **cessazione della copertura assicurativa** ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 codice civile.

Art. 9.3 - 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 della Malattia.

Art. 9.4 – Altre coperture assicurative presso altri assicuratori

Il Contraente o l'Assicurato devono **comunicare per iscritto all'Impresa** l'esistenza o la successiva stipulazione di altre coperture assicurative per lo stesso rischio.

Art. 9.5 – Altre coperture di Assistenza con l'Impresa

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

Art. 9.6 – Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare **comunicazione scritta all'Impresa** di ogni aggravamento del rischio.
Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa **possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché** la stessa **cessazione 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 del contratto.

Art. 9.7 – Diminuzione del rischio

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

Art. 9.8 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi alla Polizza sono a carico del Contraente.

Condizioni di assicurazione

Art. 9.9 – 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. 9.10 – Clausola broker *(Selezionabile, valido ed operante solo se espressamente richiamato nella Polizza)*

La gestione della presente copertura assicurativa è affidata alla società di brokeraggio indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio. Di conseguenza tutti i rapporti inerenti la copertura saranno svolti per conto del Contraente dalla suddetta società di brokeraggio.

Art. 9.11 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, vale la legge italiana.