

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 Soluzioni che seguono.

La Soluzione Essential contiene le garanzie che seguono:

- ✓ Invalidità permanente 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 garanzie che seguono:

- ✓ Invalidità permanente da malattia con somma assicurata libera e franchigia 66% o 45%;
- ✓ Assistenza: Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio.

La Soluzione Premium contiene le garanzie che seguono:

- ✓ Invalidità permanente da malattia con somma assicurata libera e franchigia 25% o 45%;
- ✓ 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 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 garanzie che seguono:

- ✓ 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 dell'Assistenza per Inabilità temporanea 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 ad Allianz S.p.A. 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 ad Allianz S.p.A. oppure all'intermediario, espressamente in questa 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 come beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

Nel caso di frazionamento mensile il premio assicurativo può essere pagato solo 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 dal giorno del pagamento del premio, sia esso contestuale o successivo 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 per gli anni che seguono. 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?

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. Se è stata selezionata l'esclusione del tacito rinnovo, la copertura cessa alla scadenza prevista, senza necessità di inviare la disdetta.

Se è 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 ad Allianz S.p.A..

Diritto di ripensamento: Il Contraente ha diritto di recedere entro 15 giorni dalla sottoscrizione della copertura assicurativa, dandone comunicazione scritta ad Allianz S.p.A.; resta fermo che, in caso di mancato esercizio del diritto di recesso, la copertura assicurativa rimarrà operante secondo le regole di durata sottoscritte.

In caso di esercizio del diritto di recesso, Allianz S.p.A. provvederà al rimborso del premio pagato e non goduto – al netto di imposte e contributi – trattenendo la frazione di premio relativa al periodo in cui la copertura assicurativa ha avuto effetto.

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"

23/11/2024 – 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 2023 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a **2.149** 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 **1.198** milioni di euro.

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


- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a **2.127** milioni di euro;
 - del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a **957** milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a **6.469** milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a **6.469** milioni di euro;
- ed il valore dell'Indice di solvibilità (solvency ratio) della Società, pari a **304%**.


Al contratto si applica la legge italiana.

 Che cosa è assicurato?	
<p>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).</p>	
<p>Il programma Allianz Ultra ed il suo Regolamento</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>

Protezione per Invalidità permanente da malattia - garanzie base	
Invalidità permanente da malattia (operante per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")	Allianz S.p.A liquida un Indennizzo per Invalidità permanente derivante esclusivamente da Malattia che si manifesta a carico dell'Assicurato dopo la 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")	Allianz S.p.A riconosce il pagamento della Somma assicurata, se durante la copertura assicurativa insorge e viene diagnosticata all'Assicurato una delle patologie di seguito indicate e definite: <p>Infarto miocardico acuto Necrosi (morte) di una parte del muscolo cardiaco dovuta ad ostruzione dell'afflusso di sangue.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Il capitale viene riconosciuto se:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la patologia non è già insorta alla data di decorrenza della copertura assicurativa; ▪ il Tumore maligno è insorto e diagnosticato all'Assicurato 90 giorni dopo la data di decorrenza della copertura. <p>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, se non correlato, in quanto istologicamente differente, a quello già oggetto di Indennizzo.</p>
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 per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")	Se la Malattia comporta una Invalidità permanente di grado pari o superiore al 66%, Allianz S.p.A. liquida 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 decorre dalla data di liquidazione a titolo definitivo dell'Indennità per Invalidità permanente da malattia e in aggiunta ad essa.
Assistenza	
Garanzia aggiuntiva Assistenza sanitaria H24	Prestazioni di Assistenza a favore dell'Assicurato: Secondo parere medico specialistico - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione, trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione, trasferimento da un centro medico

<p>(operante per le Soluzioni “Essential”, “Plus”, “Premium” o “Top”)</p>	<p>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.</p> <p>Assistenza per Inabilità temporanea (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”, se l'Assicurato riceve 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 (Rx torace), 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.</p> <p>Oppure, in alternativa a tutte le garanzie e servizi Assistenza per Inabilità temporanea sopra riportate, l'Assicurato ha diritto alla prestazione che segue: Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita.</p>
---	---

 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”)	<p>Sono escluse le prestazioni in dipendenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Sono escluse le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.</p>

 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”)	<p>La copertura assicurativa non opera per le malattie e per le invalidità permanenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) che sono espressione o conseguenza di condizioni patologiche pregresse insorte prima della 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 di Allianz S.p.A. 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 con 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;

	<ul style="list-style-type: none"> h) derivanti da insurrezione o guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, comprese ad esempio: 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	
<p>Limiti di copertura per tutte le garanzie (validi per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")</p>	<p>E' escluso dall'assicurazione ogni Indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 qualsiasi atto che include ma non è limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscono 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 dove è 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 che hanno 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. Ad esempio: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo; q) quarantene <p>Sono valide anche le seguenti disposizioni e limitazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) se l'Assicurato beneficia di prestazioni di assistenza analoghe e richiede l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazioni, le prestazioni previste dalla presente copertura operano

	<p>solo quale rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la prestazione;</p> <p>u) in ogni caso, i costi vengono risarciti complessivamente una volta sola;</p> <p>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;</p> <p>w) il diritto alle prestazioni di assistenze decade se l'Assicurato non ha preso contatto con la Centrale Operativa Assistenza al verificarsi del Sinistro;</p> <p>x) ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Centrale Operativa Assistenza che deriva 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;</p> <p>y) Le prestazioni sono fornite per la durata contrattuale e secondo quanto previsto nelle singole garanzie; all'estero solo per soggiorni non superiori a 60 giorni consecutivi.</p> <p>La Centrale Operativa Assistenza non può essere ritenuta responsabile di:</p> <p>z) ritardi conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore;</p> <p>aa) errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato.</p> <p>La messa a disposizione di un biglietto di viaggio è prestata con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aereo di linea (classe economica); • treno (prima classe). <p>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.</p>
--	---

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?


<p>Cosa fare in caso di sinistro?</p>	<p>Denuncia di sinistro Garanzia Invalidità permanente da malattia</p> <p>In caso di Sinistro il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve presentare denuncia formale ad Allianz S.p.A. o al proprio intermediario assicurativo, quando il medico che ha in cura l'Assicurato o il medico di famiglia ritiene che la Malattia oggetto di denuncia ha concluso la sua fase acuta e che può comportare una Invalidità permanente.</p> <p>L'inadempimento di questo obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.</p> <p>La denuncia può essere presentata con uno dei seguenti canali messi a sua disposizione da Allianz S.p.A.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ accedendo alla propria Area Personale dal sito www.allianz.it o tramite l'App AllianzNOW e inviando la denuncia di Sinistro insieme alla documentazione medica necessaria ad una corretta valutazione della posizione; ▪ tramite il proprio intermediario assicurativo. <p>Per la corretta denuncia del Sinistro è necessario presentare la documentazione che segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ attestazioni mediche relative 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. <p>Inoltre, per una corretta valutazione del Sinistro o per la verifica della documentazione presentata, se richiesto da Allianz S.p.A., l'Assicurato deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ consentire eventuali controlli medici disposti da Allianz S.p.A.; ▪ fornire ad Allianz S.p.A ogni informazione sanitaria relativa al Sinistro denunciato, anche con rilascio di specifica autorizzazione al superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato. <p>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 deve inviare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <p>In caso di pagamenti dell'Indennità mensilmente pattuita che dovessero, successivamente, risultare non dovuti a seguito di decesso dell'Assicurato, Allianz S.p.A. si riserva il diritto di richiedere al Contraente – se diverso dall'Assicurato – o ai suoi eredi legittimi la restituzione di queste somme e questi sono obbligati a rimborsare quanto dovuto ad Allianz S.p.A..</p> <p>Allianz S.p.A. si riserva di richiedere all'Assicurato, in qualsiasi momento, gli originali della documentazione medica prodotta, per verificare se le copie sono conformi agli stessi. Gli originali devono, in ogni caso, essere consegnati ad Allianz S.p.A. per esigenze legate ad un contenzioso o a seguito di richiesta delle Autorità Competenti.</p> <p>Allianz S.p.A. provvederà a proprie spese alla restituzione degli originali, una volta cessata l'esigenza di trattenerli.</p> <p>Le spese di cura e quelle relative alla produzione della documentazione medica sono a carico dell'Assicurato.</p> <p>Se l'Assicurazione scade prima della denuncia della Malattia, 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.</p> <p>Denuncia di sinistro Garanzia Capitale alla diagnosi di infarto, ictus e tumore</p> <p>Se viene 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 ad Allianz S.p.A., entro 15 giorni dalla data di diagnosi della Malattia o dal momento in cui ne ha avuto la possibilità.</p> <p>L'inadempimento di questo obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.</p> <p>La denuncia può essere presentata con uno dei seguenti canali messi a sua disposizione da Allianz S.p.A.:</p>
--	---


	<ul style="list-style-type: none"> ▪ accedendo alla propria Area Personale dal sito www.allianz.it o tramite l'App AllianzNOW e inviando la denuncia di Sinistro insieme alla documentazione medica necessaria ad una corretta valutazione della posizione; ▪ tramite il proprio intermediario assicurativo. <p>Per la corretta denuncia del Sinistro è necessario presentare la documentazione che segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ copia della documentazione sanitaria che attesta l'accertamento della patologia denunciata; ▪ copia degli esami clinici, radiologici, istologici e ogni altra prestazione effettuata per la diagnosi della patologia. <p>Inoltre, per una corretta valutazione del Sinistro e per la verifica della documentazione presentata, se richiesto da Allianz S.p.A., l'Assicurato deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ produrre eventuale ed ulteriore documentazione medica necessaria alla identificazione della patologia; ▪ consentire eventuali controlli medici disposti da Allianz S.p.A.; ▪ fornire a quest'ultima ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata, anche con rilascio di specifica autorizzazione al superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato. <p>Allianz S.p.A. si riserva di richiedere all'Assicurato, in qualsiasi momento, gli originali della documentazione medica prodotta, per verificare se le copie sono conformi agli stessi. Gli originali devono, in ogni caso, essere consegnati ad Allianz S.p.A. per esigenze legate ad un contenzioso o a seguito di richiesta delle Autorità Competenti.</p> <p>Allianz S.p.A. provvede a proprie spese alla restituzione degli originali, una volta cessata l'esigenza di trattenerli.</p> <p>Le spese di cura e quelle relative alla produzione della documentazione medica sono a carico dell'Assicurato.</p> <p>Se, prima della liquidazione dell'Indennizzo, sopravviene la morte dell'Assicurato, il Contraente – se diverso dall'Assicurato – o i suoi eredi legittimi devono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ dare immediato avviso ad Allianz S.p.A.; ▪ fornire il certificato di morte dell'Assicurato; ▪ assolvere agli adempimenti sopra indicati; ▪ fornire l'atto notorio che attesta la qualifica di eredi. <p>Assistenza diretta / in convenzione</p> <p>Assistenza</p> <p>Le garanzie ed i servizi di Assistenza sono prestati da Allianz S.p.A. tramite la Centrale Assistenza di AWP P&C S.A. in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese</p> <p>Assistenza</p> <p>Se il Contraente o l'Assicurato deve richiedere l'attivazione e l'erogazione delle prestazioni di Assistenza deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa Assistenza chiamando i seguenti numeri:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ numero verde 800 68 68 68 dall'Italia ▪ numero + 39 02 26 609 166 (anche per chiamate dall'estero) <p>indicando con precisione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <p>La richiesta di rimborso delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa Assistenza, deve essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi in originale a:</p> <p>Ufficio Liquidazione Sinistri Assistenza AWP P&C S.A. rappresentanza generale per l'Italia Casella Postale 302 Via Cordusio 4 – 20123 Milano (Mi)</p>
--	--

	<p>Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa Assistenza non sono rimborsate. Inoltre l'Assicurato dovrà:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <p>Prescrizione I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 2 anni</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p>Obblighi dell'Impresa</p>	<p>Termini di indennizzo Allianz S.p.A., 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 risulta dovuto all'Assicurato e provvede alla liquidazione dello stesso. Entro lo stesso termine Allianz S.p.A. comunica eventuali circostanze che non consentono la liquidazione dell'Indennizzo.</p>

 Quando e come devo pagare?	
<p>Premio</p>	<p>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.</p> <p>Modalità di pagamento del premio:</p> <p>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 deve essere pagato con procedura SDD (Sepa Direct Debit). Per attivare la procedura il Contraente deve sottoscrivere specifica delega SDD ad Allianz S.p.A. con cui la autorizza ad addebitare i premi sul conto corrente indicato nella delega.</p> <p>Addebito su carta di credito Per la prima rata il Premio deve essere pagato con la carta di credito sulla quale il Contraente vuole attivare il pagamento ricorrente. Dal secondo pagamento in poi, il Contraente deve autorizzare Allianz S.p.A. a richiedere il pagamento delle singole rate, di volta in volta e salvo buon fine.</p> <p>Adeguamento del premio Le Somme / massimali assicurati, 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 di variazione - solo se superiore – dell'indice ISTAT di riferimento (FOI-Prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati).</p>

	<p>La variazione dell'indice ISTAT di riferimento è calcolata annualmente sulla base dello scostamento dell'indice rilevato il quarto mese antecedente a partire da quello di scadenza della rata annuale di Premio rispetto all'indice rilevato lo stesso mese dell'anno solare precedente.</p> <p>Se l'indice ISTAT non è disponibile Allianz S.p.A. può utilizzare un indice equivalente, ossia un indice determinato da un terzo soggetto, pubblico o privato, indipendente da Allianz S.p.A., mediante criteri analoghi a quelli utilizzati dall'ISTAT ai fini della determinazione del FOI in termini di composizione del paniere di prodotti e di durata annuale del periodo di osservazione di cui sopra.</p> <p>In tale eventualità Allianz S.p.A. deve darne avviso al Contraente.</p> <p>Si precisa che sono esclusi da tale adeguamento gli Scoperti e le Franchigie eventualmente previsti ed indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.</p> <p>Inoltre il Premio indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio è aggiornato in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato.</p> <p>L'adeguamento/rivalutazione non è operante per la garanzia Assistenza.</p>
--	---

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>Periodo di carenza della copertura assicurativa per la garanzia Capitale alla diagnosi di infarto, ictus e tumore</p> <p>La copertura assicurativa per la garanzia Capitale alla diagnosi di infarto, ictus e tumore ha effetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ dal giorno di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Infarto miocardico acuto e di Ictus; ▪ dal 90° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Tumore maligno. <p>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 solo per i casi di diagnosi di Infarto e Ictus o per eventuali ulteriori diagnosi di Tumore maligno, non correlato al precedente, in quanto istologicamente differente.</p> <p>Se l'Assicurato risultava coperto, senza interruzione di continuità, fino alla data di sottoscrizione del presente contratto, con altra precedente copertura assicurativa stipulata con Allianz S.p.A. e riguardante la stessa garanzia, i termini sopra indicati operano:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ dal giorno di decorrenza della precedente copertura assicurativa per le garanzie e le Somme assicurate dalla stessa; ▪ dal giorno di decorrenza di questa copertura assicurativa per le diverse garanzie e le maggiori somme 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 può essere discrezionalmente valutata da Allianz S.p.A..

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% o al 45% 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% o al 45%.

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 25%.

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:

	<ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.</p>
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 ad Allianz S.p.A.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di sinistro, se le Parti sono in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria.
Risoluzione delle liti transfrontaliere	Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede in un altro stato membro, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito http://www.ec.europa.eu/fin-net), o - se il contraente ha domicilio in Italia - all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

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

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

Allianz ULTRA

Salute

Invalidità permanente da malattia

Assicurazione contro i danni

Condizioni di assicurazione comprensive del glossario

Edizione 978 - 06/07/2024

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



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



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 e che costituiscono 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 tecnica di Ambito di rischio, il cui interesse è protetto dalla 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 che si verifica 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: il Ricovero in Struttura sanitaria che termina in giornata a seguito solo di terapie mediche.

Day Surgery: il Ricovero in Struttura sanitaria che termina in giornata a seguito di prestazioni chirurgiche.

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.

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 da Allianz S.p.A. 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 o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

Limite di indennizzo: l'importo dovuto da Allianz S.p.A., che rappresenta il massimo esborso di Allianz S.p.A., nei casi 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.

Premio: l'importo dovuto dal Contraente ad Allianz S.p.A. 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 malattia", 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 che hanno finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Condizioni di assicurazione

INDICE

1. INTRODUZIONE	Pag. 4
<ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 1.1 - Il presente Ambito di rischio e le relative Soluzioni ■ Art. 1.2 - Il Regolamento Allianz Ultra 	
2. CHE COSA E' ASSICURATO	Pag. 4
<ul style="list-style-type: none"> ■ PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA Pag. 4 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 2.1 - Cosa assicuriamo ■ Art. 2.2 - Le garanzie base ■ Art. 2.3 - Le garanzie aggiuntive ■ ASSISTENZA Pag. 9 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 2.4 - Le garanzie base Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio <i>(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")</i> ■ Art. 2.5 - La garanzia aggiuntiva Assistenza sanitaria H24 <i>(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top", se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)</i> 	
3. CHE COSA NON E' ASSICURATO	Pag. 16
<ul style="list-style-type: none"> ■ PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA Pag. 16 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 3.1 - Persone non assicurabili <i>(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")</i> ■ ASSISTENZA Pag. 16 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 3.2 - Rischi esclusi per tutte le garanzie <i>(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")</i> 	
4. LIMITI DI COPERTURA	Pag. 16
<ul style="list-style-type: none"> ■ PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA Pag. 16 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 4.1 - Limiti di copertura per tutte le garanzie <i>(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")</i> ■ ASSISTENZA Pag. 17 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 4.2 - Limiti di copertura per tutte le garanzie <i>(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")</i> 	
5. VALIDITA' TERRITORIALE DELLA COPERTURA	Pag. 18
<ul style="list-style-type: none"> ■ PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA Pag. 18 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 5.1 - Validità territoriale ■ ASSISTENZA Pag. 18 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 5.2 - Validità territoriale 	
6. OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI SINISTRO	Pag. 18
<ul style="list-style-type: none"> ■ PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA Pag. 18 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 6.1 - Obblighi per la garanzia Invalidità permanente da malattia <i>(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")</i> ■ Art. 6.2 - Obblighi per la garanzia Capitale alla diagnosi di infarto, ictus e tumore <i>(Valido per la Soluzione "Top")</i> 	

Condizioni di assicurazione

- Art. 6.3 - Termini per l'indennizzo *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")*
- Art. 6.4 - Procedura per la valutazione del danno *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")*
- Art. 6.5 - Dichiarazione e modifica dello stato di Fumatore o Non-fumatore *(Valido per la Soluzione "Top")*

■ ASSISTENZA

- Art. 6.6 - Obblighi

Pag. 21

7. PREMIO

Pag. 21

- Art. 7.1 - Pagamento del premio
- Art. 7.2 - Adeguamento automatico annuale *(Valido solo se espressamente richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)*
- Art. 7.3 - Ridefinizione del premio per età

8. DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA, DISDETTA E RECESSO

Pag. 22

- Art. 8.1a - Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del premio *(Valido nel caso di frazionamento diverso da mensile)*
- 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)*
- Art. 8.2 - Tacito rinnovo
- Art. 8.3 - Deroga al tacito rinnovo *(Selezionabile, valido ed operante solo se espressamente richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)*
- Art. 8.4 - Continuità della garanzia Invalidità permanente da malattia *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")*
- Art. 8.5 - Periodo di carenza della garanzia Capitale alla diagnosi di infarto, ictus e tumore *(Valido per la Soluzione "Top")*
- Art. 8.6 - Diritto di ripensamento

9. ULTERIORI DISPOSIZIONI

Pag. 24

- 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)*
- Art. 9.2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art. 9.3 - Rinuncia al diritto di surrogazione
- Art. 9.4 - Altre coperture assicurative presso altri assicuratori
- Art. 9.5 - Altre coperture di Assistenza con Allianz S.p.A.
- Art. 9.6 - Aggravamento del rischio
- Art. 9.7 - Diminuzione del rischio
- Art. 9.8 - Oneri fiscali
- Art. 9.9 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)
- Art. 9.10 - Clausola broker *(Selezionabile, valido ed operante solo se espressamente richiamato nella Polizza)*
- Art. 9.11 - Rinvio alle norme di legge

ALLEGATI

Pag. 26

- TABELLA DI RIFERIMENTO PER L'ACCERTAMENTO DEL GRADO DI INVALIDITA' PERMANENTE Pag. 26

Condizioni di assicurazione

1. INTRODUZIONE

Attenzione alle parti delle Condizioni di assicurazione evidenziate in grassetto e agli esempi riportati 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 Soluzioni diverse, alternative fra loro, composte dalle combinazioni di garanzie crescenti che seguono:

- **Essential**: composta dalla garanzia Invalidità permanente da malattia prestata a Somma assicurata fissa con Franchigia 66% e dalla garanzia di Assistenza Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio;
- **Plus**: composta dalla garanzia Invalidità permanente da malattia prestata a Somma assicurata libera con Franchigia 66% o Franchigia 45% e dalla garanzia di Assistenza Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio;
- **Premium**: composta dalla garanzia Invalidità permanente da malattia prestata a Somma assicurata libera con Franchigia 25% o Franchigia 45% e dalla garanzia di Assistenza Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio;
- **Top**: composta dalle garanzie di cui alla Soluzione Premium, e, in aggiunta, dalla 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

Allianz S.p.A. si impegna a mantenere 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 ed ove ritenuto possibile, 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.

Si rinvia, nel dettaglio, alle singole disposizioni previste nel **"Regolamento Allianz Ultra"**, le cui previsioni devono intendersi integrative delle Condizioni di assicurazione.

Le Condizioni di assicurazione che seguono 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 è descritto l'ambito di operatività della copertura e le prestazioni assicurative, mentre nelle sezioni successive **sono descritti i rischi esclusi, le limitazioni di copertura e le altre norme che regolano il rapporto assicurativo**.

La copertura assicurativa è prestata a favore dell'Assicurato e opera per le **Somme assicurate riportate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio**, con le **franchigie e i limiti di indennizzo** concordati al momento della sottoscrizione del contratto.

PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 2.1 - Cosa assicuriamo

La copertura assicurativa opera in caso di Malattia che si manifesta a carico dell'Assicurato durante il periodo di validità della copertura assicurativa, in base alla Soluzione scelta ed indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio e ai casi che sono descritti nei successivi articoli 2.2 "Le garanzie base" e 2.3 "Le garanzie aggiuntive".

Art. 2.2 - Le garanzie base

Le garanzie indicate negli articoli che seguono operano in base alla scelta del Contraente, **indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio**, tra le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top".

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

Allianz S.p.A. liquida un Indennizzo per Invalidità permanente **derivante esclusivamente da Malattia che si manifesta a carico dell'Assicurato dopo la data di decorrenza della copertura assicurativa, ma non oltre la sua scadenza**.

L'Indennizzo è calcolato sulla Somma assicurata in base:

Condizioni di assicurazione

- al grado percentuale di Invalidità permanente da Malattia che viene accertato con 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 si accerta secondo i criteri che seguono:

- a) **si considerano le sole conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata;**
- b) **se la Malattia colpisce 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 riguardano 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 determinano un'influenza peggiorativa della Malattia denunciata e della invalidità da essa causata, in quanto interessano lo stesso sistema organo-funzionale. **Se quindi la Malattia colpisce un soggetto la cui invalidità è 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 secondo le percentuali indicate nella "Tabella di riferimento per l'accertamento del grado di Invalidità permanente" riportata nella Sezione Allegati delle presenti Condizioni di assicurazione. Nei casi di Invalidità permanente non specificati nella Tabella, la percentuale di Invalidità permanente è comunque accertata 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'indennizzo per Invalidità permanente da malattia

Allianz S.p.A. liquida un Indennizzo per Invalidità permanente da malattia accertata in base ai criteri stabiliti nelle Condizioni di assicurazione e con le modalità che seguono, richiamate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio:

Franchigie	Soluzione Essential	Soluzione Plus	Soluzione Premium	Soluzione Top
66%	●	●		
45%		●	●	●
25%			●	●

Franchigia 66% (Valida per le Soluzioni "Essential" e "Plus" se richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)

Se l'Invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 66%, Allianz S.p.A. non liquida alcun Indennizzo.

Se l'Invalidità permanente accertata è di grado uguale o superiore al 66%, Allianz S.p.A. liquida un Indennizzo calcolato sulla Somma assicurata nella misura del 100%.

Condizioni di assicurazione

Franchigia 45% (Valida per le Soluzioni "Plus", "Premium" e "Top" se richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)

Se l'Invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 45%, Allianz S.p.A. non liquida alcun Indennizzo.

Se l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o superiore al 45%, Allianz S.p.A. liquida un Indennizzo calcolato 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	0	75	100
26	0	76	100
27	0	77	100
28	0	78	100
29	0	79	100
30	0	80	100
31	0	81	100
32	0	82	100
33	0	83	100
34	0	84	100
35	0	85	100
36	0	86	100
37	0	87	100
38	0	88	100
39	0	89	100
40	0	90	100
41	0	91	100
42	0	92	100
43	0	93	100
44	0	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

Condizioni di assicurazione

Franchigia 25% (Valida per le Soluzioni "Premium" e "Top" se richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)

Se l'Invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 25%, Allianz S.p.A. non liquida alcun Indennizzo.

Se l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o superiore al 25%, Allianz S.p.A. liquida un Indennizzo calcolato 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

Condizioni di assicurazione

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 stesse 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'indennizzo 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")

Allianz S.p.A riconosce il pagamento della Somma assicurata, se durante la copertura assicurativa insorge e viene 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 se:

- **la patologia non è già insorta alla data di decorrenza della copertura assicurativa;**
- il Tumore maligno è insorto e diagnosticato all'Assicurato 90 giorni dopo la data di decorrenza della copertura, 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, **se non correlato**, in quanto istologicamente differente, a quello già oggetto di Indennizzo.

Art. 2.3 - Le garanzie aggiuntive

Le garanzie aggiuntive possono essere scelte dal Contraente, con il pagamento di un Premio aggiuntivo, **solo per le Soluzioni che le prevedono e operano 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")

Se la Malattia comporta 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", Allianz S.p.A liquida 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 decorre 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 sono prestati da Allianz S.p.A. 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 necessita 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 è 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 valuta 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 avviando 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 sopra indicate 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 e 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 l'Assicurato necessita di 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. Se non è possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può rivolgersi a un medico di sua fiducia per ottenere la stessa prestazione, il cui costo è 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).

Il servizio fornito dalla Centrale Operativa Assistenza non può 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 - Secondo parere medico specialistico - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione

Quando, in seguito ad Infortunio o Malattia, l'Assicurato o il suo medico curante desiderano 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:

Condizioni di assicurazione

- acquisisce e verifica tutta la documentazione clinica e diagnostica in possesso dell'Assicurato;
- ricerca ed identifica a livello internazionale il centro medico ritenuto eccellente per la specifica patologia dell'Assicurato e vi si rivolge per ottenerne il secondo parere medico specialistico;
- fornisce 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;
- provvede, se necessario, 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'erogazione di questa prestazione l'Assicurato deve fornire ai medici della Centrale Operativa Assistenza specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

Se, per cause non dipendenti dall'Assicurato e/o non legate all'espletamento di ulteriori specifiche indagini cliniche o scientifiche rese necessarie dal caso, non è 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 può rivolgersi presso un centro medico di sua fiducia per ottenere la stessa prestazione, il cui costo è rimborsato **nel limite di euro 500,00 per evento**.

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

Se, a seguito dell'erogazione della prestazione di secondo parere medico specialistico prevista al precedente articolo, emerge 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 organizza 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 può essere utilizzato solo per i trasporti effettuati a livello continentale.

Se necessario, la Centrale Operativa Assistenza organizza a proprie spese il viaggio di andata e ritorno di un accompagnatore (biglietto aereo o ferroviario) e 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

Se emerge 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 organizza a proprie spese:

- il trasporto sanitario dell'Assicurato a mezzo di ambulanza, treno o taxi.
- 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", emerge la necessità di traduzione della cartella clinica e/o della documentazione medica in possesso dell'Assicurato, la Centrale Operativa Assistenza provvede alla traduzione di questi 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'erogazione di questa prestazione l'Assicurato deve fornire ai medici della Centrale Operativa Assistenza specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

La prestazione è effettuata entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della **documentazione medica, che deve essere prodotta dall'Assicurato**. Se non è possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può rivolgersi presso un centro di traduzioni di sua fiducia per ottenere la stessa prestazione, il cui costo è 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 mette 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.

Condizioni di assicurazione

Art. 2.5.6 - Invio di un medico in viaggio

Quando l'Assicurato, **in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza**, a seguito di Malattia o Infortunio, necessita di una visita medica, la Centrale Operativa Assistenza provvede a inviargli un proprio medico convenzionato entro 3 ore dalla richiesta. Se non è possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può rivolgersi a un medico di sua fiducia per ottenere la stessa prestazione, il cui costo è 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).

Il servizio fornito dalla Centrale Operativa Assistenza non può 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, **in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza** viene 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, comunica ai familiari dell'Assicurato le notizie cliniche aggiornate.

Per l'erogazione di questa prestazione l'Assicurato deve 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, **in viaggio all'estero**, viene ricoverato in una Struttura sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, e ha difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa Assistenza mette 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 assume i relativi costi fino ad un **massimo di otto ore lavorative per evento**.

Art. 2.5.9 - Invio medicinali all'estero

Quando l'Assicurato, **in viaggio all'estero**, necessita di medicinali che gli sono stati regolarmente prescritti e sono commercializzati in Italia ma sono irrimediabili sul posto, e a giudizio dei medici della Centrale Operativa Assistenza non esistono 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, invia 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 è effettuata entro 2 giorni lavorativi dal rilascio della ricetta da parte del medico curante dell'Assicurato in Italia. Se l'affidamento della spedizione al corriere incaricato non avviene entro il termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può provvedere in proprio alla spedizione, il cui costo è 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, necessita di un anticipo di denaro per sostenere spese mediche impreviste, a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, la Centrale Operativa Assistenza anticipa all'Assicurato il necessario importo, **fino ad un massimo di euro 1.000,00 per evento**, a fronte di adeguata garanzia bancaria. L'Assicurato deve restituire alla Centrale Operativa Assistenza la somma ricevuta a titolo di anticipo, **entro un mese dal suo rientro al domicilio in Italia. In mancanza, deve 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 può richiedere alla Centrale Operativa Assistenza la messa a disposizione di 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 resta l'eventuale maggior spesa oltre il limite predetto**.

La prenotazione dei servizi per il trasferimento del Familiare è effettuata entro 2 giorni lavorativi dalla richiesta. Se non è possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può provvedere in proprio alla prenotazione, il cui costo è rimborsato **nel limite di euro 300,00 per evento**.

Condizioni di assicurazione

In caso di Ricovero per un **periodo superiore a 7 giorni**, la Centrale Operativa Assistenza organizza anche 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 è effettuata entro 2 giorni lavorativi dalla richiesta. Se non è possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può provvedere in proprio alla prenotazione, il cui costo sarà è 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**. Se le condizioni dell'Assicurato, accertate dal servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza in accordo con il medico curante sul posto, richiedono il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato in Italia o al domicilio stesso, oppure se l'Assicurato non è 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 è accompagnato da personale medico o infermieristico. **L'aereo sanitario può essere utilizzato solo 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 rimangono 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 è effettuata entro 2 giorni lavorativi dalla richiesta. Se non è possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può provvedere in proprio alla prenotazione, il cui costo è rimborsato **nel limite di euro 300,00 per evento**.

In alternativa, la Centrale Operativa Assistenza provvede 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, se l'Assicurato ha espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa Assistenza vi provvede a proprie spese.

Art. 2.5.15 - Assistenza per Inabilità temporanea

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", se l'Assicurato riceve 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 avviene 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 possono 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 emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Le prestazioni riferite alla stessa patologia o evento non possono essere richieste più di una volta per anno assicurativo.

Si conviene di raddoppiare i massimali delle prestazioni di seguito riportate se l'Assicurato si trova temporaneamente in condizioni di non autosufficienza.

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

Condizioni di assicurazione

■ Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche

L'Assicurato che necessita 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 mette a sua disposizione in comodato d'uso e secondo necessità. La prestazione è totalmente a carico della Centrale Operativa Assistenza.

La prestazione è 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 emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile reperire e/o fornire tale/i presidi entro il termine indicato, o se l'Assicurato necessita di presidi da adattare alle sue esigenze (a titolo esaustivo: collare, busto ortopedico, tutore Donjoy), la Centrale Operativa Assistenza provvede 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 telefona periodicamente all'Assicurato per verificare l'evoluzione clinica e il buon esito delle terapie e delle prescrizioni mediche assegnate al suo caso. Se viene riscontrata la necessità di un intervento medico domiciliare durante l'azione di controllo, la Centrale Operativa Assistenza organizza questo intervento attivando la prestazione di cui all'articolo 2.5.6 "Invio di un medico in viaggio".

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

Quando l'Assicurato deve 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 provvede inoltre a mettere a disposizione dell'Assicurato un eventuale accompagnatore, **se necessario e se nessuno dei familiari fosse disponibile.**

■ Invio di un infermiere al domicilio

Quando l'Assicurato necessita di assistenza infermieristica entro i primi 30 giorni successivi alla sua dimissione, la Centrale Operativa Assistenza provvede 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 è 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 emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile reperire un infermiere entro il termine indicato, la Centrale Operativa Assistenza provvede 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 se le sue condizioni di salute, certificate dal medico stesso, non gli permettono di lasciare il proprio domicilio. La Centrale Operativa Assistenza organizza 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 emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Il costo relativo all'organizzazione del servizio ed al prelievo di sangue rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza, **mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami ed accertamenti eseguiti.**

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile effettuare la prestazione entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede 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)

Quando l'Assicurato necessita di un esame radiologico al torace ed è **impossibilitato per motivi di salute a spostarsi da casa**, la Centrale Operativa Assistenza provvede 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, è 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 emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile reperire un radiologo entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di **euro 500,00.**

Condizioni di assicurazione

■ Esame ecografico al domicilio

Quando l'Assicurato necessita di un esame ecografico ed è **impossibilitato per motivi di salute a spostarsi da casa**, la Centrale Operativa Assistenza provvede 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, è 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 emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile reperire un ecografista entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di **euro 500,00**.

E' prevista solo 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 è effettuata entro 48 ore lavorative dal momento in cui la Centrale Operativa Assistenza dispone della documentazione atta al ritiro degli accertamenti. Se non è possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può provvedere in proprio alla prenotazione, il cui costo è 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, è 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 emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile effettuare la consegna entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede 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 mette 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, è 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 emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Su richiesta dell'Assicurato la Centrale Operativa Assistenza può anche organizzare una o più sedute terapeutiche presso uno specialista, **il cui costo rimane a carico dell'Assicurato**.

■ Disbrigo pagamento utenze domiciliari

La Centrale Operativa Assistenza provvede per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di Inabilità temporanea, **se l'Assicurato non è in condizioni di poter provvedere autonomamente**. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza, mentre **restano a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari**.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, è 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 emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile effettuare la prestazione entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede 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**.

Condizioni di assicurazione

■ Disbrigo faccende domestiche

Quando l'Assicurato è oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessita 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 può 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, è 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 emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile reperire tale/i aiuti entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede 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 provvede per conto dell'Assicurato al ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione se l'Assicurato non è in condizioni di poter provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza, **mentre restano a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo**.

Oppure, in alternativa a tutte le garanzie e servizi Assistenza per Inabilità temporanea sopra riportate, l'Assicurato ha diritto alla prestazione che segue.

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 provvede 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, sono a disposizione dell'Assicurato le prestazioni sotto riportate che sono 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 provvede 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 restano a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari**.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, è 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 emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile effettuare la prestazione entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede 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 provvede 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 può avvenire solo in concomitanza della presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato presso la sua abitazione**. La Centrale Operativa Assistenza tiene 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, è 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 emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile reperire tale/i aiuti entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede 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 provvede, inoltre, ad organizzare il ricovero temporaneo dei suoi animali domestici presso un centro specializzato, **il cui costo rimane a carico dell'Assicurato**.

Condizioni di assicurazione

■ Protezione abitazione

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

■ Ricovero auto

La Centrale Operativa Assistenza provvede 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 può 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 restano 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 operano.

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).

Se una o più delle affezioni sopraindicate insorgono durante la copertura, Allianz S.p.A ha diritto di recedere con effetto immediato da quando l'Assicurato riceve la 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 delimitazioni di copertura, cioè i casi in cui, la copertura non opera solo per alcuni eventi, ma continua a operare per tutti quelli non delimitati.

La copertura assicurativa opera con le Franchigie e i Limiti di indennizzo indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

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 opera per le malattie e per le invalidità permanenti:

- a) che sono espressione o conseguenza di condizioni patologiche pregresse insorte prima della 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 di Allianz S.p.A. 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);

Condizioni di assicurazione

- 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 con 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, comprese ad esempio: 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 qualsiasi atto che include ma non è limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscono 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 dove è 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 che hanno 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. Ad esempio: 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;

Condizioni di assicurazione

- t) se l'Assicurato beneficia di prestazioni di assistenza analoghe e richiede l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazioni, le prestazioni previste dalla presente copertura operano solo 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 vengono 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 se l'Assicurato non ha preso contatto con la Centrale Operativa Assistenza al verificarsi del Sinistro;**
- x) ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Centrale Operativa Assistenza che deriva 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 **solo** per soggiorni non superiori a 60 giorni consecutivi.
- La Centrale Operativa Assistenza non può 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 è 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 risultino 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-partners.com/it_IT/Prodotti-e-Soluzioni/Travel.

6. OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI SINISTRO

In questa Sezione sono regolati:

- gli obblighi e le attività a carico delle Parti quando si verifica un Sinistro, al fine di consentire l'erogazione dell'Indennizzo o della prestazione assicurativa;
- le modalità e i tempi per la denuncia del Sinistro;
- le modalità di determinazione dei danni;
- i tempi di adempimento o liquidazione dell'Indennizzo.

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 viene denunciato quando opera una edizione successiva a questa.

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 ad Allianz S.p.A.** o al proprio intermediario assicurativo, quando il medico che ha in cura l'Assicurato o il medico di famiglia ritiene che la Malattia oggetto di denuncia ha concluso la sua fase acuta e che può comportare una Invalidità permanente.

Condizioni di assicurazione

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

La denuncia può essere presentata con uno dei seguenti canali messi a sua disposizione da Allianz S.p.A.:

- accedendo alla propria Area Personale dal sito www.allianz.it o tramite l'App AllianzNOW e inviando la denuncia di Sinistro insieme 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 documentazione che segue:

- attestazioni mediche relative 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, per una corretta valutazione del Sinistro o per la verifica della documentazione presentata, se richiesto da Allianz S.p.A., **l'Assicurato deve:**

- **consentire** eventuali controlli medici disposti da Allianz S.p.A.;
- **fornire** ad Allianz S.p.A ogni informazione sanitaria relativa al Sinistro denunciato, anche con rilascio di specifica autorizzazione al 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 deve 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, **Allianz S.p.A. si riserva il diritto di richiedere al Contraente - se diverso dall'Assicurato - o ai suoi eredi legittimi la restituzione di queste somme e questi sono obbligati a rimborsare quanto dovuto ad Allianz S.p.A..**

Allianz S.p.A. si riserva di richiedere all'Assicurato, in qualsiasi momento, gli originali della documentazione medica prodotta, per verificare se le copie sono conformi agli stessi. Gli originali devono, in ogni caso, essere consegnati ad Allianz S.p.A. per esigenze legate ad un contenzioso o a seguito di richiesta delle Autorità Competenti.

Allianz S.p.A. provvede a proprie spese alla restituzione degli originali, una volta cessata l'esigenza di trattenerli.

Le spese di cura e quelle relative alla produzione della documentazione medica sono a carico dell'Assicurato.

Se l'Assicurazione scade prima della denuncia della Malattia, 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")*

Se viene 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 ad Allianz S.p.A., entro 15 giorni** dalla data di diagnosi della Malattia o dal momento in cui ne ha avuto la possibilità.

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

La denuncia può essere presentata con uno dei seguenti canali messi a sua disposizione da Allianz S.p.A.:

- accedendo alla propria Area Personale dal sito www.allianz.it o tramite l'App AllianzNOW e inviando la denuncia di Sinistro insieme 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 documentazione che segue:

- copia della documentazione sanitaria che attesta l'accertamento della patologia denunciata;
- copia degli esami clinici, radiologici, istologici e ogni altra prestazione effettuata per la diagnosi della patologia.

Inoltre, per una corretta valutazione del Sinistro e per la verifica della documentazione presentata, se richiesto da Allianz S.p.A., **l'Assicurato deve:**

- produrre eventuale ed ulteriore documentazione medica necessaria alla identificazione della patologia;
- consentire eventuali controlli medici disposti da Allianz S.p.A.;
- fornire a quest'ultima ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata, anche con rilascio di specifica autorizzazione al superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Allianz S.p.A. si riserva di richiedere all'Assicurato, in qualsiasi momento, gli originali della documentazione medica prodotta, per verificare se le copie sono conformi agli stessi. Gli originali devono, in ogni caso, essere consegnati ad Allianz S.p.A. per esigenze legate ad un contenzioso o a seguito di richiesta delle Autorità Competenti.

Allianz S.p.A. provvede a proprie spese alla restituzione degli originali, una volta cessata l'esigenza di trattenerli.

Le spese di cura e quelle relative alla produzione della documentazione medica sono a carico dell'Assicurato.

Se, prima della liquidazione dell'Indennizzo, sopravviene la morte dell'Assicurato, **il Contraente - se diverso dall'Assicurato - o i suoi eredi legittimi devono:**

- **dare** immediato avviso ad Allianz S.p.A.;

Condizioni di assicurazione

- **fornire** il certificato di morte dell'Assicurato;
- **assolvere** agli adempimenti sopra indicati;
- **fornire** l'atto notorio che attesta la qualifica di eredi.

Art. 6.3 - Termini per l'indennizzo *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")*

Allianz S.p.A., 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 risulta dovuto all'Assicurato e provvede alla liquidazione dello stesso.

Entro lo stesso termine Allianz S.p.A. comunica eventuali circostanze che non consentono la liquidazione dell'Indennizzo.

Se è prevista la liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità permanente sotto forma di capitale e si verifica il decesso dell'Assicurato:

a) se il decesso avviene, per qualsiasi causa, prima che Allianz S.p.A. abbia potuto effettuare l'accertamento del grado di Invalidità permanente ma dopo l'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 che attesta la qualifica di eredi.

Dopo aver acquisito la documentazione sopra indicata Allianz S.p.A.:

- 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.

Se l'Indennizzo viene quantificato in misura determinata o ufficialmente offerto, Allianz S.p.A. liquida agli eredi l'importo quantificato od offerto dopo che essi **hanno prodotto** la dichiarazione di successione in cui risulta indicato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo che spetta per la prestazione Invalidità permanente da malattia;

b) se il decesso avviene, per qualsiasi causa, dopo che l'Indennizzo è stato quantificato in misura determinata o ufficialmente offerto Allianz S.p.A. liquida agli eredi l'importo quantificato od offerto dopo che essi **hanno prodotto:**

- il certificato di morte dell'Assicurato;
- l'atto notorio che attesta la qualifica di eredi;
- la dichiarazione di successione, in cui risulta indicato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo che spetta per la prestazione Invalidità permanente da malattia;

Quanto previsto dal presente articolo, ai punti a) e b), non si applica alla garanzia dell'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 liquidazione del relativo Indennizzo 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 da Allianz S.p.A. - o da un consulente medico da questa incaricato - con l'Assicurato o persona da lui indicata.

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 formato da tre medici, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria.

Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo è nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha 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 scelto, 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, in questo 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")*

Con riferimento 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.

Condizioni di assicurazione

Se nel corso della copertura assicurativa l'Assicurato modifica il proprio stato di Fumatore o di Non-fumatore, come definiti nel Glossario, **il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di comunicare immediatamente ad Allianz S.p.A. il cambiamento di tale stato.**

In questo caso Allianz S.p.A. 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 sullo stato di Non-fumatore dell'Assicurato o se il Contraente o l'Assicurato non comunica all'Impresa la 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

Se il **Contraente o l'Assicurato** deve richiedere l'attivazione e l'erogazione delle prestazioni di Assistenza **deve 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, deve 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 sono 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 codice IBAN del conto corrente sul quale si chiede di effettuare il bonifico ed il proprio codice fiscale.

7. PREMIO

Art. 7.1 - Pagamento del Premio

Il Premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione del contratto ed è comprensivo delle imposte.

E' possibile chiedere il frazionamento mensile, trimestrale, semestrale con una maggiorazione del Premio, rispettivamente del 5,6%, 5% e 3%. In questo caso le rate vanno pagate alle scadenze di frazionamento stabilite.

Il Premio deve essere pagato al proprio intermediario assicurativo oppure ad Allianz S.p.A. ed è dovuto per l'intero periodo di assicurazione, anche se è frazionato in più rate.

Il Premio può essere pagato tramite:

1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati ad Allianz S.p.A. oppure all'intermediario, espressamente in questa 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 come beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

Nel caso di **frazionamento mensile** il Premio può essere pagato **soltanto con procedura SDD o addebito su carta di credito** con le modalità che seguono:

- Procedura SDD
 - per la prima rata il Premio **deve essere pagato** con le modalità indicate ai punti 1, 2, 3;

Condizioni di assicurazione

- dalla seconda rata in poi, il Premio **deve essere pagato con** procedura SDD (Sepa Direct Debit). Per attivare la procedura il Contraente **deve sottoscrivere specifica delega SDD** ad Allianz S.p.A. con cui la autorizza ad addebitare i premi sul conto corrente indicato nella delega.
- Addebito su carta di credito
 - per la prima rata il Premio **deve essere pagato con la carta di credito sulla quale il Contraente vuole attivare il pagamento ricorrente;**
 - dalla seconda rata in poi Allianz S.p.A., autorizzata dal Contraente, richiede il pagamento delle singole rate, di volta in volta e salvo buon fine.

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

Le Somme/massimali assicurati, 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 di variazione - **solo se superiore** - dell'indice ISTAT di riferimento (FOI-Prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati).

La variazione dell'indice ISTAT di riferimento è calcolata annualmente sulla base dello scostamento dell'indice rilevato il quarto mese antecedente a partire da quello di scadenza della rata annuale di Premio rispetto all'indice rilevato lo stesso mese dell'anno solare precedente.

Se l'indice ISTAT non è disponibile Allianz S.p.A. può utilizzare un indice equivalente, ossia un indice determinato da un terzo soggetto, pubblico o privato, indipendente da Allianz S.p.A., mediante criteri analoghi a quelli utilizzati dall'ISTAT ai fini della determinazione del FOI in termini di composizione del paniere di prodotti e di durata annuale del periodo di osservazione di cui sopra.

In tale eventualità Allianz S.p.A. deve darne avviso al Contraente.

Si precisa che sono esclusi da tale adeguamento gli Scoperti e le Franchigie eventualmente previsti e indicati nella 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 - è determinato in base all'età dell'Assicurato.

Ad ogni scadenza annua, il Premio è aggiornato in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato, come riportato nella Scheda tecnica di Ambito stessa alla "Tabella premi imponibili annui".

Se è richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio l'articolo 7.2 "Adeguamento automatico annuale" i premi riportati nella tabella sopra indicata si adeguano in base alle regole indicate nello stesso articolo.

8. DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA, DISDETTA E RECESSO

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

La copertura assicurativa ha effetto dal giorno di decorrenza indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio **se il Premio o la prima rata, in caso di frazionamento, sono stati pagati; altrimenti ha effetto dal giorno del pagamento.**

I premi devono essere pagati al proprio intermediario assicurativo oppure ad Allianz S.p.A. e sono dovuti per l'intero periodo di assicurazione anche se sono frazionati in più rate. Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive al primo pagamento, la copertura assicurativa, resta sospesa dal 31° giorno dopo quello della scadenza non pagata. La copertura ricomincia a operare dal giorno del pagamento, se durante la sospensione il Contraente paga i premi; in questo caso Allianz S.p.A. ha il diritto di chiedere il pagamento di tutti i premi scaduti e in scadenza, 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 dal giorno di decorrenza indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio **se il Premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dal giorno del pagamento.**

Se il Contraente ha scelto, in accordo con Allianz S.p.A., la domiciliazione mensile dei pagamenti con 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 deve avvisare Allianz S.p.A..**

Il Premio è dovuto per l'intero periodo di assicurazione. **In caso di mancato pagamento di una singola mensilità, l'importo di questa viene riaddebitato su quella successiva e la copertura continua a operare.**

La copertura assicurativa resta, invece, sospesa:

- 1) dal 31° giorno dopo quello della scadenza della seconda mensilità, in caso di mancato pagamento di due mensilità consecutive;
- 2) dalla prima scadenza mensile dopo la mancata comunicazione del Contraente di:
 - modifica o chiusura del rapporto di conto corrente;

Condizioni di assicurazione

- chiusura del rapporto contrattuale con la società che fornisce la carta di credito utilizzata per il primo pagamento, a meno che l'addebito del Premio non viene venga autorizzato su eventuali altre carte di credito del Contraente fornite dalla stessa società.

In entrambi i casi di sospensione la copertura assicurativa torna ad operare dal giorno in cui il Contraente paga direttamente al proprio intermediario assicurativo **tutte le mensilità scadute e non pagate**, più quelle mancanti a completamento del Premio previsto per l'intero periodo di assicurazione. Alla scadenza del periodo di assicurazione **il contratto è risolto come indicato dal "Regolamento Allianz Ultra", richiamato dall'articolo 1.2.**

Art. 8.2 - Tacito rinnovo

La copertura assicurativa **scade l'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio**; se il Contraente o Allianz S.p.A. non mandano la comunicano disdetta con **lettera raccomandata almeno 15 giorni prima di questa scadenza, la copertura con durata non inferiore a un anno si rinnova automaticamente per un altro anno e così per gli anni che seguono.**

In caso di domiciliazione dei pagamenti su conto corrente o carta di credito, l'invio della disdetta, sia da parte del Contraente, sia da parte di Allianz S.p.A., comporta la revoca da parte di Allianz S.p.A. della delega di addebito sul rapporto di pagamento comunicato dal Contraente.

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

In deroga a quanto previsto dagli articoli 8.2a e 8.2b "Tacito rinnovo", la copertura assicurativa **non si rinnova automaticamente** alla scadenza e quindi, termina l'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio senza bisogno di comunicare disdetta.

In questo caso non si applica la proroga di copertura di 15 giorni, dopo la scadenza, prevista dall'articolo 1901 codice civile.

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

In deroga a quanto previsto dagli articoli 4.1 "Rischi esclusi per tutte le garanzie" e 2.1 "Cosa assicuriamo", se l'Assicurato risultava coperto, **senza interruzione di continuità**, fino alla data di sottoscrizione del presente contratto, **con altra precedente copertura assicurativa** stipulata con Allianz S.p.A. e riguardante la stessa garanzia, la copertura è estesa all'invalidità derivante da Malattia insorta durante la precedente copertura assicurativa e manifestatasi nel corso della presente copertura assicurativa. In tal caso, **l'Indennizzo è valutato**, 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:**

- dal **giorno** di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Infarto miocardico acuto e di Ictus;
- dal **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 solo per i casi di diagnosi di Infarto e Ictus o per eventuali ulteriori diagnosi di Tumore maligno, **non correlato** al precedente, in quanto istologicamente differente.

Se l'Assicurato risultava coperto, senza interruzione di continuità, fino alla data di sottoscrizione del presente contratto, con altra precedente copertura assicurativa stipulata con Allianz S.p.A. e riguardante la stessa garanzia, i termini sopra indicati operano:

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

Art. 8.6 - Diritto di ripensamento

Il Contraente ha diritto di recedere entro 15 giorni dalla sottoscrizione della copertura assicurativa. Per farlo lo deve comunicare per iscritto ad Allianz S.p.A. e, se non lo fa, la copertura assicurativa opera per tutta la durata indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

In caso di esercizio del diritto di recesso, Allianz S.p.A. rimborsa il Premio pagato e non goduto - al netto di imposte e contributi - **e trattiene solo la parte di Premio relativa al periodo in cui la copertura assicurativa ha avuto effetto.**

Condizioni di assicurazione

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 è stipulata dalla Ditta Contraente per coprirsi, nei limiti e alle condizioni concordate, del danno economico che ad essa può derivare da sinistri subiti dalla persona assicurata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Pertanto si conviene che:

- i rapporti fra Allianz S.p.A. e la persona danneggiata si limitano all'accertamento delle conseguenze del Sinistro, mentre la liquidazione del danno viene effettuata unicamente nei confronti della Contraente;
- le indennità liquidate in base alle Condizioni di assicurazione sono versate unicamente alla Contraente che ne rilascia quietanza con pieno effetto liberatorio per Allianz S.p.A.. La Contraente soddisfa direttamente e sotto la propria responsabilità ogni pretesa o diritto dell'Assicurato o aventi causa e si impegna a manlevare Allianz S.p.A. da ogni richiesta o azione da chiunque avanzata per il Sinistro o per la copertura assicurativa.

L'Assicurato, con la sottoscrizione della presente Condizione di assicurazione nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, manifesta il suo esplicito consenso a quanto sopra stabilito.

Art. 9.2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Allianz S.p.A. assicura il rischio e ne determina il Premio in base alle dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato sui dati e le circostanze richiesti.

Pertanto, il Contraente o l'Assicurato devono fornire ad Allianz S.p.A. informazioni precise e complete riguardo ai dati e alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio: **il mancato rispetto di questo obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la cessazione della copertura assicurativa, come previsto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 codice civile.**

In caso di cessazione della copertura assicurativa, **Allianz S.p.A. può trattenere:**

- i premi già incassati,
- il premio per il periodo di assicurazione in corso,
- in caso di dolo o colpa grave, il Premio dovuto per il primo anno.

Art. 9.3 - Rinuncia al diritto di surrogazione

Allianz S.p.A. 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 ad Allianz S.p.A.** l'esistenza o la successiva sottoscrizione di altre coperture assicurative per lo stesso rischio disciplinato dalle presenti Condizioni di assicurazione e indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

In caso di Sinistro l'Assicurato deve **avvisare tutti gli assicuratori**, indicando a ognuno il nome degli altri, come previsto dall'articolo 1910 codice civile.

Art. 9.5 - Altre coperture di Assistenza con Allianz S.p.A.

Se l'Assicurato è titolare di analoghe prestazioni in quanto presenti su altre polizze sottoscritte con Allianz S.p.A. e che operano al momento della sua richiesta, i massimali previsti per le garanzie Assistenza di cui alle presenti Condizioni di assicurazione si raddoppiano.

Art. 9.6 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato devono dare **comunicazione scritta ad Allianz S.p.A.** di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati da Allianz S.p.A. **possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa.**

Il Contraente o l'Assicurato devono **subito avvisare per iscritto Allianz S.p.A.** se nel corso del contratto la situazione considerata al momento in cui il contratto ha avuto inizio si modifica in modo da aumentare la probabilità che l'evento dannoso si verifichi ("*aggravamento del rischio*"). **Se non rispettano questo obbligo, previsto dall'art. 1898 codice civile, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo.**

A parziale deroga di quanto disposto dall'articolo 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.

Condizioni di assicurazione

Art. 9.7 - Diminuzione del rischio

Il Contraente o l'Assicurato devono **avvisare per iscritto** Allianz S.p.A. se nel corso del contratto la situazione considerata al momento in cui il contratto ha avuto inizio si modifica in modo da diminuire la probabilità che l'evento dannoso si verifichi (*"diminuzione del rischio"*).

In questo caso Allianz S.p.A. riduce il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione e rinuncia al relativo diritto di recesso previsto dall'articolo 1897 codice civile.

Art. 9.8 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali relativi alla Polizza, al Premio, agli Indennizzi, sono a carico del Contraente.

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, del Regno Unito di Gran Bretagna, dell'Area Economica Europea.

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 relativi alla copertura saranno svolti per conto del Contraente dalla società di brokeraggio.

Art. 9.11 - Rinvio alle norme di legge

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

Condizioni di assicurazione

ALLEGATI

TABELLA DI RIFERIMENTO PER L'ACCERTAMENTO DEL GRADO DI INVALIDITA' PERMANENTE

L'Indennità per Invalidità permanente parziale - ferme le franchigie indicate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio e i criteri di corresponsione stabiliti dalle Condizioni di assicurazione - viene calcolata sulla Somma assicurata per Invalidità permanente totale in proporzione al grado di invalidità che si accerta facendo riferimento ai valori sotto elencati.

Descrizione	Percentuale	
	des	sin
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:		
- un arto superiore	70%	60%
- una mano o un avambraccio	60%	50%
- un pollice	18%	16%
- un indice	14%	12%
- un medio	8%	6%
- un anulare	8%	6%
- un mignolo	12%	10%
- la falange ungueale del pollice	9%	8%
- una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi della scapolo-omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
Anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
Anchilosi del polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%	8%
Paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
Paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
Perdita totale, anatomica o funzionale, di un arto inferiore:		
- al di sopra della metà della coscia	70%	
- al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%	
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:		
- un piede	40%	
- ambedue i piedi	100%	
- un alluce	5%	
- un altro dito del piede	1%	
- falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%	
Anchilosi del ginocchio in estensione	25%	
Anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
Anchilosi della tibio-tarsica con anchilosi della sotto-astragalica	15%	
Paralisi completa dello sciatico-popliteo esterno	15%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	25%	
Perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi	100%	
Sordità completa di un orecchio	10%	
Sordità completa di entrambi gli orecchi	40%	
Stenosi nasale assoluta monolaterale	4%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	10%	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di frattura amielico-somatica con deformazione a cuneo di:		
- una vertebra cervicale	12%	
- una vertebra dorsale	5%	
- 12° dorsale	10%	
- una vertebra lombare	10%	
Esiti di frattura di un metamero sacrale	3%	
Esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%	
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	
Perdita anatomica di un rene	15%	
Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	