

Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi danni

Compagnia: Allianz S.p.A.

Prodotto: "ALL SALUTE Rimborso Spese Mediche"

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

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione che offre una copertura rimborso spese mediche in caso di ricovero o altre prestazioni conseguenti a infortunio o malattia. Si prevedono anche in abbinamento una serie di servizi di assistenza.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Sezione Malattia
L'assicurazione vale in caso di ricovero e altre prestazioni, purché conseguenti ad infortunio o malattia, indennizzabili a termini di polizza, entro le somme assicurate ed i limiti di indennizzo indicati nella Scheda di polizza.
- ✓ Sezione Assistenza
Si erogano prestazioni di assistenza all'Assicurato a mezzo di Centrale Operativa telefonica.



Che cosa non è assicurato?

Sezione Malattia

- ✗ Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività, AIDS.
- ✗ Le persone oltre il 75° anno di età non possono stipulare la polizza né essere successivamente inserite in garanzia.
Con riferimento alla suddette sezioni e per il dettaglio delle ulteriori esclusioni si rimanda al DIP Aggiuntivo Danni alla sezione "Che cosa non è assicurato?".



Ci sono limiti di copertura?

Sezione Malattia

- ! L'assicurazione non vale per le spese mediche conseguenti a malattie mentali, abuso di alcolici, trattamenti estetici o reazione nucleare.

Sezione Assistenza

- ! Le prestazioni di assistenza non sono previste per malattie preesistenti, interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e relative complicazioni, cure ortodontiche e paradontopatie di protesi dentarie.
- ! Nel contratto sono previsti anche termini di aspettativa della decorrenza della copertura assicurativa.
Per il dettaglio di limitazioni e periodi di carenza si dettaglio si rimanda al DIP Aggiuntivo Danni alla sezione "Ci sono limiti di copertura?".



Dove vale la copertura?

- ✓ Sezione Malattia L'assicurazione vale in tutto il mondo.
- ✓ Sezione Assistenza L'assicurazione vale in tutto il mondo.
Tuttavia alcune prestazioni quali Organizzazione di visite specialistiche e accertamenti diagnostici a tariffe agevolate, Invio di un medico, Esami del sangue a domicilio, Consegna esiti a domicilio, Consegna medicinali a domicilio, Invio di infermiere a domicilio, Disbrigo di faccende domestiche del prodotto sono limitate a Italia, Repubblica di S. Marino e allo stato Città del Vaticano.
Altre prestazioni quali Familiare accanto, Rientro al domicilio o rimpatrio sanitario, Rientro dei figli minori hanno validità al di fuori della provincia di residenza dell'assicurato.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, quelle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Impresa.

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



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato all'atto della sottoscrizione della polizza.

Puoi chiedere il frazionamento semestrale, quadrimestrale, trimestrale con una maggiorazione del premio del 1% e le relative rate saranno da corrispondere alle scadenze di frazionamento stabilite.

Puoi pagare il premio tramite:

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

Il premio è comprensivo delle imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24 della data di pagamento del premio o della rata di premio, sia essa contestuale o successiva alla data di sottoscrizione della polizza, e termina alla scadenza indicata nella Scheda di polizza. In assenza di disdetta inviata da una delle parti almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto si rinnova tacitamente per un anno e così successivamente.

Il contratto non prevede la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Il contratto non prevede la possibilità di ripensamento immediatamente dopo la stipulazione; purtuttavia a seconda della scelta effettuata dall'Assicurato in ordine alla durata del contratto il diritto di disdetta/ recesso può essere effettuato con le seguenti modalità:

Diritto di disdetta alla scadenza contrattuale

Nel contratto di durata annuale o poliennale si può disdettare alla scadenza indicata in Polizza inviando una lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della suddetta scadenza.

Diritto di recesso per poliennialità

Nel contratto di durata poliennale puoi recedere alla scadenza di ogni singola annualità inviando una lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della suddetta scadenza.

Diritto di recesso in caso di sinistro:

L'impresa assicuratrice può recedere dal contratto dopo ogni sinistro regolarmente denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o rifiuto dell'Indennizzo con un preavviso di 30 giorni.

Inoltre se rientri nella Categoria dei Consumatori ai sensi dell'Articolo 3 del D.lgs. 6 settembre 2005 n. 206, hai la facoltà di recedere dopo ogni sinistro regolarmente denunciato entro i medesimi termini previsti per l'impresa.

Nel caso in cui inoltri disdetta ricorda che la garanzia cessa alla scadenza del contratto e non trova quindi applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'articolo 1901 del Codice Civile, secondo comma.

Assicurazione contro i danni

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

Impresa Allianz S.p.A.

Prodotto "All Salute Rimborso Spese Mediche Imprese"

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

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

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

L'impresa di assicurazione è **Allianz S.p.A.**, società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE Monaco (Germania)

- Sede legale: Largo Ugo Inneri, 1, 34123 Trieste (Italia);
- Recapito telefonico: 800.68.68.68;
- Sito Internet: www.allianz.it;
- Indirizzo di posta elettronica certificata: allianz.spa@pec.allianz.it;
- Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 21 Dicembre 2005 n. 2398 ed iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione n. 1.00152 e all'Albo gruppi assicurativi n. 018.

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

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

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

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 2.377.259;
- del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 1.069.767;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 5.126.592;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a 5.126.592;

e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'Impresa, pari a 216%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente

Ricoveri in genere in forma completa

[\(garanzia base concedibile in alternativa alla garanzia Ricoveri per gravi malattie e grandi interventi chirurgici\)](#)

L'Assicurazione vale in caso di Ricovero dell'Assicurato in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza Intervento chirurgico. La copertura è inoltre operante in caso di Intervento chirurgico ambulatoriale.

L'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni", le spese sostenute dall'Assicurato:

a) durante il Ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale per:

- gli onorari dei medici e delle equipe chirurgiche;
- i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento, ivi compresi i dispositivi

	<p>protesici e/o endoprotesici e terapeutici applicati durante l'intervento stesso;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'assistenza medica e infermieristica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami riguardanti il periodo di Ricovero, purché inerenti alla verifica o al completamento della diagnosi di Ricovero; ▪ le rette di degenza, con esclusione delle spese relative al comfort o ai bisogni non essenziali dell'Assicurato; <p>b) nei 100 giorni che precedono il Ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale per le visite mediche specialistiche, gli esami, gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), effettuati anche al di fuori della Struttura sanitaria o dell'ambulatorio, purché inequivocabilmente inerenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale;</p> <p>c) nei 100 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero o dell'intervento chirurgico ambulatoriale per esami, acquisto medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici o rieducativi praticati da operatori sanitari in possesso di diploma di fisioterapista, le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio), purché inequivocabilmente inerenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale;</p> <p>per il trasporto dell'Assicurato – sia in Italia che all'estero - con mezzo sanitariamente attrezzato (adeguato alla gravità del caso) alla Struttura sanitaria o all'ambulatorio, per il trasferimento da una Struttura sanitaria ad un'altra e per il rientro alla propria abitazione</p>
<p>Ricoveri per gravi malattie e grandi interventi chirurgici in forma completa</p> <p><i><u>(garanzia base concedibile in alternativa alla garanzia Ricoveri in genere in forma completa)</u></i></p>	<p>L'Assicurazione vale in caso di Ricovero dell'Assicurato in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza Intervento chirurgico, a seguito di una grave Malattia o di un grande Intervento chirurgico, sempreché rientranti tra quelli riportati nell'“Elenco gravi malattie” o nell'“Elenco grandi interventi chirurgici”. La copertura è inoltre operante in caso di Intervento chirurgico ambulatoriale.</p> <p>L'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione “Modalità di erogazione delle prestazioni”, le spese sostenute dall'Assicurato:</p> <p>a) durante il Ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale per:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ gli onorari dei medici e delle equipe chirurgiche; ▪ i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento, ivi compresi i dispositivi protesici e/o endoprotesici e terapeutici applicati durante l'intervento stesso; ▪ l'assistenza medica e infermieristica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami riguardanti il periodo di Ricovero, purché inerenti alla verifica o al completamento della diagnosi di Ricovero; ▪ le rette di degenza, con esclusione delle spese relative al comfort o ai bisogni non essenziali dell'Assicurato; <p>b) nei 100 giorni che precedono il Ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale per le visite mediche specialistiche, gli esami, gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), effettuati anche al di fuori della Struttura sanitaria o</p>

	<p>dell'ambulatorio, purché inequivocabilmente inerenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero;</p> <p>c) nei 100 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale per esami, acquisto medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici o rieducativi praticati da operatori sanitari in possesso di diploma di fisioterapista, le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio), purché inequivocabilmente inerenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero;</p> <p>d) per il trasporto dell'Assicurato – sia in Italia che all'estero - con mezzo sanitariamente attrezzato (adeguato alla gravità del caso) alla Struttura sanitaria o all'ambulatorio, per il trasferimento da una Struttura sanitaria ad un'altra e per il rientro alla propria abitazione.</p>
<p>Ad integrazione di Ricoveri in genere e in forma completa” e alternativa a FOP</p>	<p>SSN - Assicurazione in forma integrativa al Servizio Sanitario Nazionale</p> <p>A parziale deroga delle Condizioni di assicurazione, la copertura è prestata in forma integrativa al Servizio Sanitario Nazionale, pertanto l'Impresa riconosce, nell'ambito delle Somme assicurate indicate nella Scheda di Polizza e con le modalità ed i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni", le spese rimaste effettivamente a carico dell'Assicurato.</p> <p>Per i ricoveri avvenuti a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale viene riconosciuta l'Indennità sostitutiva come previsto dalle Condizioni di assicurazione all'articolo "Diaria sostitutiva in caso di ricovero a carico del S.S.N."</p> <p>Nel caso in cui l'Assicurato non si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale e, quindi, le prestazioni suddette risultino a suo totale carico, il rimborso delle spese effettivamente sostenute viene effettuato previa detrazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ uno Scoperto pari al 25% delle medesime, in caso di Ricovero e/o Intervento chirurgico ambulatoriale, indipendentemente dalla Struttura in cui avvenga il Ricovero e per la Garanzia aggiuntiva di cui all'articolo "Spese per acquisto di lenti ed occhiali"; ☐ un importo pari allo Scoperto (fermi gli eventuali minimi stabiliti) previsto dalle singole Garanzie aggiuntive.
<p>Ad integrazione di Ricoveri in genere e in forma completa” e alternativa a SSN</p>	<p>FOP - Assicurazione in forma integrativa a Fondo Previdenziale</p> <p>A parziale deroga delle Condizioni di assicurazione, la copertura è prestata in forma integrativa al Fondo indicato nella Scheda di Polizza, pertanto l'Impresa riconosce, nell'ambito delle Somme assicurate indicate nella Scheda di Polizza e con le modalità ed i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni", le spese sostenute in proprio dall'Assicurato e rimaste a suo carico, il quale si obbliga a consegnare l'originale o le copie delle parcelle o fatture presentate al Fondo che preciserà la somma o le somme erogate.</p> <p>A parziale deroga dell'articolo "Ricoveri in strutture sanitarie convenzionate con equipe medica e/o chirurgica convenzionata" si precisa che l'Impresa provvede al pagamento diretto a condizione che il Ricovero o l'Intervento chirurgico ambulatoriale avvenga presso una Struttura sanitaria convenzionata con utilizzo di équipe medica e/o chirurgica convenzionate anche con il Fondo.</p> <p>Nel caso in cui il Fondo Previdenziale rimborsi le prestazioni sanitarie al netto dell'IVA eventualmente applicata, tale importo non viene considerato dall'Impresa nella determinazione dell'Indennità da corrispondere a termini di Polizza.</p> <p>Fermo quanto sopra indicato, nel caso in cui l'Assicurato non abbia diritto al Fondo indicato nella Scheda di Polizza o non si avvalga dello stesso per le prestazioni previste nel tariffario, e quindi, le prestazioni suddette risultino a suo totale carico, il rimborso delle spese effettivamente sostenute verrà effettuato previa detrazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ uno Scoperto pari al 25% delle medesime in caso di Ricovero e/o Intervento chirurgico ambulatoriale, indipendentemente dalla Struttura in cui avvenga il Ricovero e

	<p>per la Garanzia aggiuntiva di cui all'articolo "Spese per acquisto di lenti ed occhiali"; ☐ un importo pari allo Scoperto (fermi gli eventuali minimi stabiliti) previsto dalle singole Garanzie aggiuntive. Tali detrazioni sono applicate anche per le prestazioni non previste dal Fondo. Nel caso in cui le prestazioni suddette risultino a totale carico: ☐ del Fondo indicato nella Scheda di Polizza, l'Impresa riconosce un'indennità pari a euro 150,00 per ciascun giorno di Ricovero – escluso in ogni caso il Day Hospital e Day surgery - comprensiva del costo di eventuali ticket, col massimo di 100 giorni; ☐ del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa riconosce l'Indennità sostitutiva come previsto dalle Condizioni di assicurazione all'articolo "Diaria sostitutiva in caso di ricovero a carico del S.S.N." A parziale deroga dell'articolo "Obblighi" si precisa che relativamente ai contratti in forma integrativa al Fondo Previdenziale il termine di denuncia riportato nel suddetto articolo decorre dalla data indicata nel prospetto di liquidazione rilasciato dal Fondo stesso.</p>
Trapianto di organi	<p>In caso di trapianto di organi, l'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni":</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ se l'Assicurato è donatore: le spese previste dalla Garanzia Base; ▪ se l'Assicurato è ricevente: le spese previste dalla Garanzia Base e sostenute dal donatore vivente per l'espanto degli organi o parte di essi, ivi compreso il relativo trasporto. ▪ In questo caso, al donatore non verrà riconosciuta l'eventuale indennità sostitutiva prevista dall'articolo "Diaria sostitutiva in caso di ricovero a carico del S.S."
Difetti o malformazioni preesistenti	<p>L'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti dalla Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni assicurate", le spese sostenute per cure e interventi chirurgici effettuati per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della Polizza, purché non noti all'Assicurato al momento della stipulazione.</p>
Rette di degenza di un accompagnatore e assistenza infermieristica notturna	<p>L'Impresa rimborsa, in caso di Ricovero con pernottamento indennizzabile a termini di Polizza, le spese sostenute nella Struttura sanitaria per vitto e pernottamento di un accompagnatore o per l'assistenza infermieristica notturna prestata da personale diplomato Tale rimborso viene riconosciuto, nei limiti prestabiliti, anche nel caso in cui l'accompagnatore, per mancata disponibilità presso la Struttura sanitaria, dovesse alloggiare in altre strutture (alberghi, hotel e similari). In caso di Ricovero con pernottamento effettuato all'estero l'Impresa rimborsa anche le spese sostenute dall'accompagnatore dell'Assicurato per il viaggio in treno o in aereo di linea</p>
Cure dentarie a seguito di infortunio	<p><i>(non operante con garanzia base Ricoveri per gravi malattie e grandi interventi chirurgici)</i></p> <p>in caso di Ricovero dell'Assicurato, l'Impresa rimborsa secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni" le spese previste dalla Garanzia Base sostenute per le cure dentarie rese necessarie da Infortunio, purché comportino un Intervento chirurgico</p>
Prestazioni per il nascituro	<p><i>(non operante con garanzia base Ricoveri per gravi malattie e grandi interventi chirurgici)</i></p> <p>L'Impresa rimborsa, a partire dal 180° giorno successivo a quello di decorrenza</p>

	<p>dell'Assicurazione, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione “Modalità di erogazione delle prestazioni”, le spese previste dalla Garanzia Base, relative agli interventi finalizzati alla correzione di difetti fisici o malformazioni del feto, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla decorrenza dell'Assicurazione</p>
<p>Prestazioni per il parto e l'aborto</p>	<p><i>(non operante con garanzia base Ricoveri per gravi malattie e grandi interventi chirurgici)</i></p> <p>L'Impresa rimborsa, in caso di Ricovero dovuto a parto con taglio cesareo e aborto spontaneo, post traumatico o terapeutico, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione “Modalità di erogazione delle prestazioni”, le spese previste dalla Garanzia Base Nel caso in cui, invece, il Ricovero sia dovuto a parto non cesareo, l'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione “Modalità di erogazione delle prestazioni”, le spese di cui sopra</p>
<p>Prestazioni per il neonato</p>	<p><i>(non operante con garanzia base Ricoveri per gravi malattie e grandi interventi chirurgici)</i></p> <p>L'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione “Modalità di erogazione delle prestazioni”, in caso di parto indennizzabile a termini di Polizza, le spese sostenute per il Ricovero del neonato reso necessario da Infortunio, Malattia o per la correzione o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite. La garanzia prestata ha vigore – gratuitamente - fino alla prima scadenza annuale successiva alla nascita.</p>
<p>Prestazioni aggiuntive per Malattia oncologica</p>	<p>L'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione “Modalità di erogazione delle prestazioni”, in aggiunta a quanto indicato nella Garanzia Base,]</p> <p>a. le spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici che abbiano confermato la Malattia oncologica, anche se non seguiti da Ricovero;</p> <p>b. in presenza di Ricovero, le spese per le visite specialistiche e per le terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla Malattia oncologica nei 2 anni successivi alla data di cessazione del primo Ricovero relativo alla Malattia stessa;</p> <p>c. in presenza di Ricovero per Malattia oncologica, le spese per l'assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 60 giorni successivi alla data di dimissione.</p>
<p>Disturbi mentali</p>	<p><i>(non operante con garanzia base Ricoveri e prestazioni per gravi malattie e grandi interventi chirurgici)</i></p> <p>I disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi, sono compresi in garanzia alla prima manifestazione della Malattia nella vita dell'Assicurato, diagnosticata in corso di contratto, limitatamente al primo Ricovero.</p> <p>L'impresa rimborsa esclusivamente le spese sostenute durante il Ricovero di cui alla comprese le spese sostenute nella Struttura sanitaria per vitto e pernottamento di un accompagnatore e assistenza infermieristica,</p>
<p>Rimpatrio della salma</p>	<p>L'assicurazione comprende, in caso di Infortunio o Malattia indennizzabile a termini di Polizza che provochi il decesso dell'Assicurato mentre si trova all'estero, il rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato stesso, fino al luogo di sepoltura in Italia.</p>

<p>Raddoppio della somma assicurata in caso di grandi interventi chirurgici e gravi malattie <i>(non operante con garanzia base Ricoveri per gravi malattie e grandi Interventi chirurgici)</i></p>	<p>Raddoppio della somma assicurata in caso di grandi interventi chirurgici e gravi malattie (non operante con garanzia base Ricoveri per gravi malattie e grandi Interventi chirurgici)</p> <p>Nel caso di Ricovero dell'Assicurato per una grave Malattia o per essere sottoposto ad un grande Intervento chirurgico, rientranti tra quelli riportati nell'“Elenco gravi malattie” o nell'“Elenco grandi interventi chirurgici”, la somma assicurata indicata in Scheda di Polizza per la garanzia base Ricoveri in genere deve intendersi raddoppiata.</p>
--	---

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

(Le garanzie aggiuntive sotto riportate sono opzioni di cui l'Impresa valuterà discrezionalmente la concedibilità)

<p>Spese per esami e accertamenti di alta diagnostica</p>	<p>L'Impresa rimborsa, fino a concorrenza della Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza, le spese per gli esami e gli accertamenti di alta diagnostica sotto elencati, purché pertinenti alla Malattia e/o all'Infortunio denunciati anche se non collegate a un Ricovero.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) ▪ Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) ▪ Ecotomografia ▪ Scintigrafia ▪ Angiografia ▪ Angiografia digitale ▪ Flebografia ▪ Esame Holter ▪ Ecodoppler ▪ Ecocardiografia a riposo e da sforzo ▪ Ecografia Intravascolare ▪ Ecografia Trans-Esofagea ▪ Ecocontrastografia ▪ Coronarografia ▪ Fluoroangiografia Oculare ▪ Isterosalpingografia ▪ Broncoscopia ▪ Broncografia ▪ Artrografia
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mielografia ▪ Scialografia con Contrasto ▪ Diagnostica Endoscopica dell'apparato Digerente ed Urologico ▪ Densitometria Ossea ▪ Radionefrogramma ▪ Potenziali Evocativi Uditivi ▪ Potenziali Evocativi Visivi ▪ Pet – Tomografia ad Emissione di Positroni ▪ Esami Istopatologici <p>Qualora le prestazioni sopraindicate siano erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa rimborsa integralmente all'Assicurato l'eventuale ticket sanitario rimasto a suo carico, senza applicazione dello Scoperto previsto.</p>
<p>Spese per prestazioni diagnostiche e terapeutiche domiciliari ed ambulatoriali</p>	<p>L'Impresa rimborsa, fino a concorrenza della Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza, le spese sostenute per prestazioni sanitarie domiciliari o ambulatoriali, non collegate al Ricovero e non rientranti tra quelle riportate nell'articolo "Spese per esami e accertamenti di alta diagnostica", per:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ onorari dei medici per visite specialistiche diagnostiche (escluse comunque le visite pediatriche, odontoiatriche ed ortodontiche); ▪ accertamenti diagnostici; ▪ analisi ed esami di laboratorio; ▪ trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti da medici regolarmente iscritti all'Albo e praticati da personale medico o paramedico abilitato, purchè non effettuati in centri estetici o di fitness; ▪ agopuntura ed elettro-agopuntura, praticati da personale medico o paramedico abilitato, purchè non effettuati in centri estetici o di fitness.
<p>Spese per acquisto lenti ed occhiali</p>	<p>L'Impresa rimborsa fino a concorrenza della Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza, le spese sostenute per l'acquisto di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ un paio di lenti per occhiali, compresa la montatura <p>oppure</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ lenti a contatto <p>reso necessario a seguito di modifica del visus. La modifica del visus dovrà essere documentata con prescrizione del Medico Oculista o dell'Optometrista regolarmente abilitato. Ai fini del rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, la ricevuta fiscale rilasciata dall'ottico, dovrà riportare il dettaglio del costo delle lenti e dell'eventuale montatura</p>

<p>Spese per cure dentarie</p>	<p>L'Impresa rimborsa fino a concorrenza della Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza le spese sostenute per:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ interventi di implantologia; ▪ cure odontoiatriche ed ortodontiche; ▪ acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche; ▪ cure varie (esclusi comunque lo sbiancamento denti e la detartrasi).
<p>Spese per protesi acustiche ed ortopediche</p>	<p>L'Impresa rimborsa le spese sostenute per:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ noleggio di apparecchi per trattamenti fisioterapici; ▪ acquisto di apparecchi protesici ortopedici; ▪ acquisto di protesi acustiche, purchè sia certificata dal medico una modificazione del grado uditivo; ▪ acquisto/noleggio dei seguenti presidi ortopedici: letto ortopedico, carrozzella, stampelle, girello.
<p>Somma assicurata in forma illimitata in caso di Ricovero</p>	<p>L'Impresa provvede al pagamento diretto alla Struttura sanitaria delle spese previste dalla copertura assicurativa e sostenute durante il Ricovero senza alcun limite di somma assicurata, come riportato nella Scheda di Polizza.</p> <p>Si conviene inoltre che i limiti di indennizzo previsti per il Day Hospital, le spese sostenute prima e dopo il Ricovero e le spese relative al trasporto dell'Assicurato, riportati nella Scheda di Polizza e relativi ai ricoveri in convenzione, devono intendersi raddoppiati.</p> <p>Le "Altre prestazioni" assicurate nella Garanzia Base restano valide e operanti.</p>
<p>GARANZIA ASSISTENZA</p> <p>sempre obbligatoria e abbinata automaticamente alla Sezione Rimborso Spese Mediche</p>	
<p>Servizio di assistenza medica in collegamento telefonico 24 ore su 24</p>	<p>Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni sanitarie e/o consigli medici a seguito di Malattia, il Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa è a sua disposizione per un consulto telefonico.</p> <p>Il servizio è gratuito, non fornisce diagnosi o prescrizioni ed è basato su informazioni fornite a distanza dall'Assicurato.</p> <p>Sulla base delle informazioni acquisite e delle eventuali diagnosi del medico curante, la Centrale Operativa valuterà l'erogazione delle prestazioni di assistenza contrattualmente previste.</p>

<p>Organizzazione di visite specialistiche e accertamenti diagnostici a tariffe agevolate</p>	<p>Tramite la Centrale Operativa, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, verranno organizzate visite specialistiche e accertamenti diagnostici a condizioni economiche agevolate presso i centri medici privati convenzionati con la Centrale Operativa più vicini alla residenza dell'Assicurato. La Centrale Operativa, oltre a fissare l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi agevolati a lui riservati delle visite e degli eventuali accertamenti clinico–diagnostici–strumentali richiesti. Fissato l'appuntamento col centro medico privato convenzionato, su richiesta dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà a ricordare telefonicamente all'Assicurato l'appuntamento fissato il giorno prima dello stesso</p>
<p>Invio di un medico</p>	<p>Qualora l'Assicurato richieda un medico presso la propria abitazione, la Centrale Operativa provvede, previa valutazione del proprio Servizio di assistenza medica, a inviare uno dei propri medici convenzionati.</p> <p>Nel caso di indisponibilità di uno dei medici convenzionati, la Centrale Operativa organizza il trasferimento dell'Assicurato al centro di pronto soccorso più vicino, tenendo a proprio carico i relativi costi.</p> <p>In caso di emergenza, l'Assicurato deve contattare gli organismi ufficiali di soccorso (servizio 118). L'Impresa non potrà in alcun caso sostituirsi né costituire alternativa al servizio pubblico di pronto intervento sanitario</p>
<p>Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione</p>	<p>Qualora l'Assicurato o il suo medico curante desiderino effettuare il riesame della documentazione clinica in loro possesso presso un centro medico ritenuto internazionalmente di riferimento per la patologia clinica di cui l'Assicurato soffre, la Centrale Operativa mette a disposizione la propria équipe medica per effettuare il riesame richiesto, in conformità al proprio giudizio di merito, entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della documentazione medica in possesso dell'Assicurato. Tale termine non include i tempi di ulteriori specifiche indagini cliniche o scientifiche rese necessarie dal caso, da eseguirsi su richiesta del centro medico internazionale refertante. In particolare la Centrale Operativa acquisirà e verificherà tutta la documentazione clinica e diagnostica in possesso dell'Assicurato, ricercherà ed identificherà a livello internazionale il centro medico ritenuto eccellente per la specifica patologia dell'Assicurato e vi si rivolgerà per ottenerne la Second Opinion scientifico-specialistica fornendo altresì all'Assicurato, tramite il proprio staff medico, il necessario ed adeguato supporto medico specialistico, anche per ciò che riguarda un primo sostegno psicologico per l'Assicurato e/o per i suoi familiari conviventi, tenendone a proprio carico i relativi costi. Se necessario, la Centrale Operativa provvederà alla traduzione di tutta la documentazione medica necessaria ad ottenere la refertazione scientifico-specialistica e della successiva relativa refertazione, sempre tenendo a proprio carico i relativi costi.</p> <p>Tale garanzia è operante nel rispetto del Testo Unico sulla Privacy (TUP), pertanto l'Assicurato dovrà fornire una liberatoria nei confronti della Centrale Operativa, onde permettere la diffusione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.</p> <p>Se questi non fosse in condizione di farlo, la Centrale Operativa richiederà la liberatoria all'avente potere decisionale in Sua vece.</p>

<p>Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione</p>	<p>Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione Qualora, in seguito a Malattia dell'Assicurato non curabile nell'ambito delle strutture sanitarie nazionali, i medici curanti, in accordo con il Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa, richiedano il trasferimento dello stesso in un centro ospedaliero di Alta specializzazione, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il trasporto sanitario con il mezzo ritenuto più idoneo (aereo sanitario, aereo di linea con eventuale barella, autoambulanza, treno) e, se necessario, con accompagnamento medico ed infermieristico.</p> <p>I costi del trasferimento saranno concordati preventivamente con l'Assicurato o, se questi non fosse in condizione di farlo, con chi ha potere decisionale in Sua vece. I suddetti costi restano interamente a carico dell'Assicurato.</p>
<p>Traduzione della cartella clinica</p>	<p>Traduzione della cartella clinica</p> <p>Qualora l'Assicurato usufruisca della garanzia "Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione" di cui al precedente paragrafo, la Centrale Operativa provvede alla traduzione della Cartella Clinica dell'Assicurato per permettere ai medici del Centro di destinazione l'immediata presa a carico della patologia diagnosticata. La traduzione può essere fornita, con costi completamente a carico della Centrale Operativa, dall'Italiano all'Inglese, Francese, Tedesco e/o Spagnolo.</p> <p>Tale garanzia è operante nel rispetto del Testo Unico sulla Privacy (TUP), pertanto l'Assicurato dovrà fornire una liberatoria nei confronti della Centrale Operativa, onde permettere la diffusione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.</p> <p>Se questi non fosse in condizione di farlo, la Centrale Operativa richiederà la liberatoria all'avente potere decisionale in Sua vece.</p>
<p>Esami del sangue a domicilio</p>	<p>Qualora l'Assicurato sia in condizioni di salute tali da non permettergli di lasciare il proprio domicilio e necessiti di effettuare un prelievo di sangue, certificato dal suo medico curante, la Centrale Operativa provvede ad inviare al suo domicilio un operatore specializzato con tutti gli strumenti necessari per effettuare il prelievo del sangue.</p> <p>Dopo il prelievo le provette verranno etichettate e conservate accuratamente finì all'arrivo presso il laboratorio di analisi.</p> <p>Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami. L'Assicurato deve comunicare il nome del suo medico curante e il suo recapito telefonico</p>
<p>Consegna esiti a domicilio</p>	<p>Qualora l'Assicurato si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate presso la propria provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Centrale Operativa provvede a far recapitare gli esiti di tali accertamenti al domicilio o al medico da questi indicato.</p> <p>I costi degli accertamenti diagnostici sono interamente a carico dell'Assicurato.</p> <p>Tale garanzia è operante nel rispetto del Testo Unico sulla Privacy (TUP), pertanto l'Assicurato dovrà fornire una liberatoria nei confronti della Centrale Operativa, onde permettere la diffusione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.</p> <p>Se questi non fosse in condizione di farlo, la Centrale Operativa richiederà la liberatoria</p>

	all'aveute potere decisionale in Sua vece.
Consegna medicinali a domicilio	<p>Qualora l'Assicurato necessiti di medicinali regolarmente prescritti e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Centrale Operativa, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, provvede all'acquisto ed alla consegna dei medicinali prescritti.</p> <p>A carico dell'Assicurato resta soltanto il costo dei medicinali</p>
Invio di un infermiere al domicilio	<p>Qualora l'Assicurato, a seguito di Ricovero, necessiti di assistenza infermieristica entro i primi 30 giorni successivi alla sua dimissione, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa fino ad un massimo di 16 ore lavorativa per evento</p>
Consulenza telefonica su viaggi e medicina	<p>In caso di necessità, la Centrale Operativa metterà a disposizione il proprio Servizio di assistenza 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <p>Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi o prescrizioni</p>
Collegamento continuo con il centro ospedaliero	<p>Qualora l'Assicurato venga ricoverato, la Centrale Operativa stessa prende contatto con i medici curanti e comunica costantemente al familiare indicato previamente dall'Assicurato le notizie cliniche aggiornate.</p> <p>Tale garanzia è operante nel rispetto del Testo Unico sulla Privacy (TUP), pertanto l'Assicurato dovrà fornire una liberatoria nei confronti della Centrale Operativa, onde permettere la diffusione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.</p> <p>Se questi non fosse in condizione di farlo, la Centrale Operativa richiederà la liberatoria all'aveute potere decisionale in Sua vece.</p>
Anticipo denaro	<p>Qualora l'Assicurato sia in viaggio, richieda un anticipo di denaro per sostenere spese mediche impreviste, conseguenti a Malattia improvvisa, la Centrale Operativa anticipa una somma di denaro previa adeguata garanzia bancaria.</p> <p>L'Assicurato dovrà restituire alla Centrale Operativa la somma ricevuta a titolo di anticipo, entro un mese dal suo rientro al domicilio in Italia.</p>

<p>Familiare accanto</p>	<p>Qualora l'Assicurato sia in viaggio e venga ricoverato in una Struttura sanitaria per un periodo superiore a 4 giorni, la Centrale Operativa mette a disposizione di un parente un biglietto aereo (classe turistica A/R) o ferroviario (1a classe A/R), per recarsi sul posto ad assistere l'Assicurato.</p> <p>In alternativa il parente potrà richiedere alla Centrale Operativa che gli venga messa a disposizione una vettura a noleggio per raggiungere l'Assicurato, per cui non sopporterà alcuna spesa entro il limite di costo del biglietto aereo o ferroviario che gli avrebbe fornito la Centrale Operativa.</p> <p>A carico del parente resterà l'eventuale maggior spesa oltre il limite predetto.</p> <p>Nel caso in cui il Ricovero sia per un periodo superiore a 7 giorni, la Centrale Operativa provvederà anche ad organizzare il soggiorno del familiare in un albergo in loco, tenendo a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione</p> <p>Validità territoriale: al di fuori della provincia di residenza dell'Assicurato.</p>
<p>Rientro al domicilio o rimpatrio sanitario</p>	<p>Qualora le condizioni dell'Assicurato in viaggio, accertate dal Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa in accordo con il medico curante sul posto, richiedano il suo trasporto in una Struttura sanitaria attrezzata in Italia o al domicilio stesso, oppure qualora l'Assicurato non sia in grado di rientrare al domicilio autonomamente a seguito di dimissione ospedaliera, la Centrale Operativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo dal Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa in accordo con il medico curante sul posto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <p>Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico o infermieristico.</p> <p>L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale o per i rimpatri verso l'Italia dai Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo.</p>
<p>Rientro dei figli minori</p>	<p>Qualora, in caso di Malattia avvenuta in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, l'Assicurato venga ricoverato in una Struttura sanitaria, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il rientro con accompagnatore dei figli minori di anni 15 che erano in viaggio con l'Assicurato stesso, mettendo a disposizione di un parente residente in Italia un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (1a classe) per recarsi sul posto</p>



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
-----------------------	---



Ci sono limiti di copertura?

GARANZIA BASE Esclusioni	<p>L'Assicurazione non vale per le spese relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) cure dei disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi salvo quanto previsto dall'articolo "Disturbi mentali" se operante a termini di Polizza; b) conseguenze di abuso di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco; c) patologie correlate alla infezione da HIV e a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); d) prestazioni di medicina e chirurgia estetica, salvo per intervento di chirurgia plastica ricostruttiva, correlabile ad Infortunio o neoplasia maligna indennizzabili a termini di Polizza, che abbia reso necessario l'intervento chirurgico demolitivo; e) acquisto, manutenzione, riparazione e sostituzione di dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi, salvo quanto previsto dalle singole prestazioni; f) conseguenze dirette o indirette di reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate, salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato stesso per terapie mediche; g) degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza, quando siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale; h) conseguenze di infortuni causati da ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco; i) infortuni causati da partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, fatta eccezione per quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato stesso; j) infortuni causati da terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche; k) infortuni causati da guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche. La copertura assicurativa vale tuttavia per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra, purchè gli infortuni non siano conseguenza di contaminazione nucleare, biologica e/o chimica e sempreché l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi mentre si trova all'estero in una nazione sino ad allora in condizioni di pace e purchè non vi abbia partecipato in modo volontario; l) conseguenze di partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale; m) prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio della professione; n) infortuni causati da pratica di sport aerei in genere o da uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura; o) infortuni causati da pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione sia diretta che indiretta; p) cure e interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, noti all'Assicurato; q) terapie, di qualsiasi tipo, finalizzate alla fecondazione assistita;
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico; ▪ inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale; ▪ dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere; ▪ atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo; ▪ abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni; ▪ infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta; ▪ suicidio o tentativo di suicidio; ▪ Virus da Immunodeficienza Umana (HIV), Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e patologie sessualmente trasmissibili; ▪ guida di veicoli per i quali è prescritta una patente di categoria superiore alla B e di natanti a motore per uso non privato; ▪ epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo; ▪ quarantene.
--	--


SCOPERTI, FRANCHIGIE, LIMITI DI INDENNIZZO E PERIODI DI CARENZA (quando presenti)

PERIODI DI CARENZA

Efficacia dell'assicurazione	<p>L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ del giorno di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Infortunio; ▪ del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Malattia e per le garanzie aggiuntive "Spese per esami e accertamenti di alta diagnostica", "Spese per prestazioni diagnostiche e terapeutiche domiciliari ed ambulatoriali" e "Spese per protesi acustiche ed ortopediche" se richiamate nella Scheda di Polizza; ▪ del 90° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa per le garanzie aggiuntive "Spese per acquisto lenti ed occhiali" e "Spese per cure dentarie" se richiamate nella Scheda di Polizza; ▪ del 180° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di malattie che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici insorti anteriormente alla decorrenza della Polizza, purché non esplicitamente esclusi dall'Impresa; ▪ dal 300° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di parto (sempreché operante a termini di Polizza). <p>Qualora la presente Polizza sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra riguardante gli stessi Assicurati e le stesse garanzie, gli anzidetti termini operano dalle</p>
-------------------------------------	--

	<p>ore 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ del giorno di decorrenza della precedente Polizza per le prestazioni e le somme assicurate dalla stessa; ▪ del giorno di decorrenza della presente Polizza, limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori somme eventualmente assicurate. <p>Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.</p>
GARANZIA BASE	SCOPERTI, FRANCHIGIE, LIMITI DI INDENNIZZO
Ricoveri in genere	<p>Se fuori convenzione scoperto 15% col massimo di euro 5.000</p> <p>se in Convenzione nessuno scoperto</p>
Ricoveri per gravi malattie e grandi interventi chirurgici	<p>se in Convenzione Senza scoperto</p> <p>Se fuori convenzione Senza scoperto</p>
Ricovero in day Hospital	Limite di indennizzo euro 5000
Spese pre e post ricovero	Limite di indennizzo euro 15.000
Spese trasporto assicurato	Limite di indennizzo euro 3000
Diaria sostitutiva in caso di Ricovero a carico del SNN	Somma assicurata euro 150 al giorno con il massimo di 100 giorni per Ricovero per persona e per anno assicurativo
Accompagnatore e assistenza infermieristica notturna	Limite di indennizzo euro 100 al giorno con il massimo di 30 giorni per anno assicurativo
Parto cesareo e aborto	Limite di indennizzo euro 10.000 per evento senza applicazione di scoperto e franchigia
Parto naturale	Limite di indennizzo euro 3.000 per evento senza applicazione di scoperto e franchigia
Malattia oncologica	Limite di indennizzo complessivo euro 10.000 senza applicazione di scoperto e franchigia
Disturbi mentali	Limite di indennizzo euro 1500 senza applicazione di scoperto e franchigia
Rimpatrio salma	Limite di indennizzo euro 2000 senza applicazione di scoperto e franchigia
GARANZIE AGGIUNTIVE	SCOPERTI FRANCHIGIE E LIMITI DI INDENNIZZO
Spese per esami ed accertamenti alta diagnostica	<p>Scoperto 20% per ciascuna prestazione delle spese effettivamente sostenute.</p> <p>senza applicazione di scoperto in caso di prestazione a totale carico del SSN -</p>
Spese per prestazioni diagnostiche	Scoperto 20% minimo euro 50 per ciascuna fattura. senza applicazione di scoperto in caso di prestazione a totale carico del SSN -

terapeutiche domiciliari	e Assistenza infermieristica erogata al domicilio dell'Assicurato fino a concorrenza di euro 50,00 giornaliera e per un massimo di 30 giorni.
Spese per acquisto di lenti e occhiali	Limite di indennizzo fino a concorrenza della somma indicata nella scheda di polizza
Spese per cure dentarie	Scoperto 25% minimo euro 125 per ciascuna fattura
Spese per protesi acustiche ed ortopediche	Limite indennizzo euro 1000 scoperto 30% delle spese effettivamente sostenute e documentate
Esemplificazione dell'applicazione di Scoperti e/o Franchigie	
<p>Scoperto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Massimale assicurato: Euro 1.500,00. ▪ Importo prestazione medica sostenuta dall'assicurato: Euro 400,00. ▪ Applicazione dello scoperto del 20% a carico dell'assicurato: Euro 80,00. L'importo dello scoperto risulta superiore rispetto al minimo di Euro 75,00 previsto in polizza. ▪ Importo da liquidare: Euro 400,00 – Euro 80,00 = Euro 320,00. 	

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	<p>SEZIONE MALATTIA</p> <p>Nei casi di Ricovero in cui non operi il servizio di pagamento diretto, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia scritta all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo entro 15 giorni dalla data di dimissione dalla Struttura sanitaria o dal verificarsi del Sinistro.</p> <p>L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.</p> <p>Per entrambe le modalità di erogazione delle prestazioni il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa alla Malattia e/o all'Infortunio che hanno determinato il Ricovero; ▪ presentare gli originali/copie delle notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate relative alle spese sostenute correlate di una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prescrizione stessa. <p>L'Assicurato deve altresì:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;

- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Nel caso in cui, durante il periodo di cura, sopravvenga la morte dell'Assicurato, il Contraente o gli eredi legittimi devono darne immediato avviso all'Impresa e gli adempimenti di cui sopra dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

In caso di sinistro il Contraente deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 30 giorni da quando ne ha avuto conoscenza.

SEZIONE ASSISTENZA

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

- numero verde 800 68 68 68 dall'Italia;
- numero + 39 02 26 609 166 (anche per chiamate dall'estero);
- telefax +39 02 70 630 091

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 Polizza.

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

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 non saranno rimborsate.


Inoltre, per facilitare la pratica di rimborso, si ricorda di:

- farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla richiesta di assistenza, il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo;


comunicare, insieme alla documentazione del danno, il codice IBAN del conto corrente sul


	<p>quale si chiede di effettuare il bonifico ed il proprio codice fiscale.</p> <ul style="list-style-type: none"> . <p>L'Impresa presta i servizi di Assistenza di seguito riportati tramite la Centrale Operativa di AWP P&C S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia, Casella Postale 302 Via Cordusio 4 20123 Milano– in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione stipulata con l'Impresa provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico dell'Impresa stessa, le prestazioni di Assistenza previste nella presente Polizza.</p> <p>Il servizio di Assistenza prestato con la presente Polizza non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze.</p> <p>Obbligo di restituzione degli indennizzi erogati per spese non dovute</p> <p>L'Impresa, nell'eventualità di pagamenti ai centri convenzionati che, successivamente, dovessero risultare per qualsiasi motivo non dovuti a termini di Polizza, si riserva il diritto di ripetere dette somme nei confronti dell'Assicurato che è obbligato a rimborsare quanto dovuto all'Impresa.</p>
	<p>Assistenza diretta / in convenzione</p> <p>Sono previste prestazioni fornite direttamente dall'assicurato da enti / strutture convenzionate con l'Impresa.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese</p> <p>Non prevista.</p>
	<p>Prescrizione</p> <p>I diritti derivanti dal contratto dei soggetti nel cui interesse è stipulato il contratto stesso si prescrivono in due anni.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte e reticenti</p>	<p>Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti (ad esempio la dichiarazione inesatta o reticente relativa a condizioni di inassicurabilità), o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.</p>
<p>Obblighi dell'Impresa</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel Dip Danni.</p>

 Quando e come devo pagare?	
<p>Premio</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>
<p>Rimborso</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
<p>Durata</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>

Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
--------------------	---

 Come posso disdire la polizza?	
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?	
Dedicato titolari e amministratori di aziende, dei loro dipendenti e collaboratori.	

 Quali costi devo sostenere?	
La quota parte percepita in media dagli intermediari per la commercializzazione del Prodotto in oggetto è pari al 23% .	

COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>I reclami devono essere inoltrati per iscritto (posta ed e-mail) a Allianz S.p.A. – Pronto Allianz Servizio Clienti – Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano - Indirizzo e-mail: reclami@allianz.it o tramite il link presente sul sito internet della Compagnia www.allianz.it/reclami.</p> <p>L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni. Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro, potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 06.42133.206 - PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa ed il relativo riscontro. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i Consumatori – RECLAMI – Guida".</p> <p>I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:</p> <ol 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 alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)

Negoziatore assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria.

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

Assicurazione rimborso spese mediche

ALL SALUTE

Rimborso Spese Mediche Imprese

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Edizione 229 - 01/01/2019

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

Allianz 

Servizio Clienti



Glossario

Ambulatorio: la struttura o centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni medico-chirurgiche, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione: il contratto di Assicurazione.

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

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di Assicurazione.

Day Hospital/Day surgery: il Ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisca in giornata a seguito di terapie mediche (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day surgery); non è considerato Day Hospital la permanenza in Struttura sanitaria presso il Pronto Soccorso.

Difetto fisico: la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Franchigia/Scoperto: la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

Impresa: Allianz S.p.A.

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

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

Intervento chirurgico: l'atto terapeutico realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature.

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

Malformazione: la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Nucleo familiare: l'insieme di persone costituito dalla persona regolarmente iscritta nei libri contabili del Contraente, dal coniuge non legalmente separato o dal convivente more uxorio, dai figli con loro conviventi o se non conviventi purché fiscalmente a carico e dai minori in affidamento preadottivo.

Polizza: il documento attestante l'esistenza del contratto di Assicurazione.

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

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

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

Retta di degenza: il trattamento alberghiero e l'assistenza medico-infermieristica.

Ricovero: la degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria, il Day Hospital e il Day surgery.

Sinistro: il Ricovero o la prestazione per i quali è prestata l'Assicurazione.

Somma assicurata: l'importo che rappresenta il massimo esborso dell'Impresa nell'anno assicurativo in relazione alle garanzie prestate.

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, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Condizioni di assicurazione

AVVERTENZA: le Condizioni di assicurazione contengono rinvii alla Scheda di Polizza, che costituisce parte integrante della documentazione contrattuale.

Indice

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	3
2. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE	3
■ GARANZIA BASE	3
■ ALTRE PRESTAZIONI ASSICURATE NELLA GARANZIA BASE	4
■ GARANZIE AGGIUNTIVE	6
3. OPERATIVITA'	7
4. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	9
5. IN CASO DI SINISTRO	10
6. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA	11
CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA	16
ELENCO GRAVI MALATTIE	18
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	18

Condizioni di assicurazione

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1.1 - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati come attestato da apposita ricevuta rilasciata dall'Impresa; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fino alle successive scadenze.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza oppure all'Impresa e sono dovuti per l'intera annualità anche se sono frazionati in più rate.

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 1.2 - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 1.3 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 1.4 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze, che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

Art. 1.5 - Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi coperti dal presente contratto e per le stesse persone anche se stipulate da Società controllate e/o collegate, così come definite dall'art. 2359 codice civile.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

Art. 1.6 - Rinvio alle norme di legge

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

2. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE

Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

L'Impresa garantisce le prestazioni di seguito riportate, purché conseguenti ad Infortunio o Malattia, indennizzabili a termini di Polizza, entro le somme assicurate ed i limiti di indennizzo indicati nella Scheda di Polizza, che, salvo diversa specifica indicazione, si intendono quale disponibilità assicurativa annua per ciascuna persona o per l'intero nucleo familiare assicurato, come indicato nella Scheda di Polizza.

GARANZIA BASE

Art. 2.2 - Ricoveri in genere in forma completa

(Valido solo se espressamente richiamato nella Scheda di Polizza)

L'Assicurazione vale in caso di Ricovero dell'Assicurato in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza Intervento chirurgico. La copertura è inoltre operante in caso di Intervento chirurgico ambulatoriale.

L'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni", le spese sostenute dall'Assicurato:

- a) durante il Ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale per:
- gli onorari dei medici e delle equipe chirurgiche;
 - i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento, ivi compresi i dispositivi protesici e/o endoprotesici e terapeutici applicati durante l'intervento stesso;
 - l'assistenza medica e infermieristica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami riguardanti il periodo di Ricovero, **purché inerenti alla verifica o al completamento della diagnosi di Ricovero;**
 - le rette di degenza, **con esclusione delle spese relative al comfort o ai bisogni non essenziali dell'Assicurato;**

Condizioni di assicurazione

- b) nei 100 giorni che precedono il Ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale per le visite mediche specialistiche, gli esami, gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), effettuati anche al di fuori della Struttura sanitaria o dell'ambulatorio, **purché inequivocabilmente inerenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale;**
- c) nei 100 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero o dell'intervento chirurgico ambulatoriale per esami, acquisto medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici o rieducativi praticati da operatori sanitari in possesso di diploma di fisioterapista, le cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio**), **purché inequivocabilmente inerenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale;**
- d) per il trasporto dell'Assicurato - sia in Italia che all'estero - con mezzo sanitariamente attrezzato (adeguato alla gravità del caso) alla Struttura sanitaria o all'ambulatorio, per il trasferimento da una Struttura sanitaria ad un'altra e per il rientro alla propria abitazione.

Art. 2.3 - Ricoveri per gravi malattie e grandi interventi chirurgici in forma completa

(Valido solo se espressamente richiamato nella Scheda di Polizza)

L'Assicurazione vale in caso di Ricovero dell'Assicurato in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza Intervento chirurgico, a seguito di una grave Malattia o di un grande Intervento chirurgico, **sempreché rientranti tra quelli riportati nell'"Elenco gravi malattie" o nell'"Elenco grandi interventi chirurgici"**. La copertura è inoltre operante in caso di Intervento chirurgico ambulatoriale.

L'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni", le spese sostenute dall'Assicurato:

- a) durante il Ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale per:
- gli onorari dei medici e delle equipe chirurgiche;
 - i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento, ivi compresi i dispositivi protesici e/o endoprotesici e terapeutici applicati durante l'intervento stesso;
 - l'assistenza medica e infermieristica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami riguardanti il periodo di Ricovero, **purché inerenti alla verifica o al completamento della diagnosi di Ricovero;**
 - le rette di degenza, **con esclusione delle spese relative al comfort o ai bisogni non essenziali dell'Assicurato;**
- b) nei 100 giorni che precedono il Ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale per le visite mediche specialistiche, gli esami, gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), effettuati anche al di fuori della Struttura sanitaria o dell'ambulatorio, **purché inequivocabilmente inerenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero;**
- c) nei 100 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale per esami, acquisto medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici o rieducativi praticati da operatori sanitari in possesso di diploma di fisioterapista, le cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio**), **purché inequivocabilmente inerenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero;**
- d) per il trasporto dell'Assicurato - sia in Italia che all'estero - con mezzo sanitariamente attrezzato (adeguato alla gravità del caso) alla Struttura sanitaria o all'ambulatorio, per il trasferimento da una Struttura sanitaria ad un'altra e per il rientro alla propria abitazione.

ALTRE PRESTAZIONI ASSICURATE NELLA GARANZIA BASE

Art. 2.4 - Trapianto di organi

In caso di trapianto di organi, l'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni":

- se l'Assicurato è donatore: le spese previste dalla Garanzia Base;
- se l'Assicurato è ricevente: le spese previste dalla Garanzia Base e sostenute dal donatore vivente per l'espianto degli organi o parte di essi, ivi compreso il relativo trasporto.

In questo caso, al donatore non verrà riconosciuta l'eventuale indennità sostitutiva prevista dall'articolo "Diarie sostitutive in caso di ricovero a carico del S.S.N."

Art. 2.5 - Difetti o malformazioni preesistenti

A parziale deroga dell'articolo "Esclusioni", lettera p), l'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti dalla Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni assicurate", le spese sostenute per cure e interventi chirurgici effettuati per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della Polizza, **purché non noti all'Assicurato al momento della stipulazione.**

Condizioni di assicurazione

Art. 2.6 - Rette di degenza di un accompagnatore e assistenza infermieristica notturna

L'Impresa rimborsa, in caso di Ricovero con pernottamento indennizzabile a termini di Polizza, le spese sostenute nella Struttura sanitaria per vitto e pernottamento di un accompagnatore o per l'assistenza infermieristica notturna prestata da personale diplomato **fino alla concorrenza di euro 100,00 giornalieri con il limite massimo di 30 giorni per anno assicurativo.**

Tale rimborso viene riconosciuto, nei limiti prestabiliti, anche nel caso in cui l'accompagnatore, per mancata disponibilità presso la Struttura sanitaria, dovesse alloggiare in altre strutture (alberghi, hotel e similari).

In caso di Ricovero con pernottamento effettuato all'estero l'Impresa rimborsa anche le spese sostenute dall'accompagnatore dell'Assicurato per il viaggio in treno o in aereo di linea **fino a concorrenza di euro 1.500,00 per Ricovero e per anno assicurativo.**

Art. 2.7 - Cure dentarie a seguito di infortunio

(non operante con garanzia base Ricoveri per gravi malattie e grandi interventi chirurgici)

In deroga a quanto previsto dall'articolo "Esclusioni", lettera s), in caso di Ricovero dell'Assicurato, l'Impresa rimborsa secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni" le spese previste dalla Garanzia Base sostenute per le cure dentarie rese necessarie da Infortunio, purché comportino un Intervento chirurgico.

Art. 2.8 - Prestazioni per il nascituro

(non operante con garanzia base Ricoveri per gravi malattie e grandi interventi chirurgici)

L'Impresa rimborsa, **a partire dal 180° giorno successivo a quello di decorrenza dell'Assicurazione**, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni", le spese previste dalla Garanzia Base, relative agli interventi finalizzati alla correzione di difetti fisici o malformazioni del feto, **purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla decorrenza dell'Assicurazione.**

Art. 2.9 - Prestazioni per il parto e l'aborto

(non operante con garanzia base Ricoveri per gravi malattie e grandi interventi chirurgici)

L'Impresa rimborsa, in caso di Ricovero dovuto a parto con taglio cesareo e aborto spontaneo, post traumatico o terapeutico, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni", le spese previste dalla Garanzia Base con **il limite di euro 10.000,00 per evento, senza l'applicazione dell'eventuale scoperto o franchigia ove previsti.**

Nel caso in cui, invece, il Ricovero sia dovuto a parto non cesareo, l'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni", le spese di cui sopra con il limite di euro 3.000,00 per evento, senza l'applicazione dell'eventuale scoperto o franchigia se previsti.

Art. 2.10 - Prestazioni per il neonato

(non operante con garanzia base Ricoveri per gravi malattie e grandi interventi chirurgici)

L'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni", in caso di parto indennizzabile a termini di Polizza, le spese sostenute per il Ricovero del neonato reso necessario da Infortunio, Malattia o per la correzione o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite.

La garanzia prestata ha vigore - gratuitamente - fino alla prima scadenza annuale successiva alla nascita.

Art. 2.11 - Prestazioni aggiuntive per Malattia oncologica

L'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni", in aggiunta a quanto indicato nella Garanzia Base, ed **entro il limite complessivo di euro 10.000,00:**

- a. le spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici che abbiano confermato la Malattia oncologica, anche se non seguiti da Ricovero;
- b. in presenza di Ricovero, le spese per le visite specialistiche e per le terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla Malattia oncologica nei 2 anni successivi alla data di cessazione del primo Ricovero relativo alla Malattia stessa;
- c. in presenza di Ricovero per Malattia oncologica, le spese per l'assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 60 giorni successivi alla data di dimissione.

Art. 2.12 - Disturbi mentali

(non operante con garanzia base Ricoveri e prestazioni per gravi malattie e grandi interventi chirurgici)

I disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi, sono compresi in garanzia alla prima manifestazione della Malattia nella vita dell'Assicurato, diagnosticata in corso di contratto, limitatamente al primo Ricovero.

L'impresa rimborsa esclusivamente le spese sostenute durante il Ricovero di cui alla lettera a) della Garanzia Base, comprese le spese sostenute nella Struttura sanitaria per vitto e pernottamento di un accompagnatore e assistenza infermieristica, con il limite complessivo di euro 1.500,00.

Condizioni di assicurazione

Art. 2.13 - Rimpatrio della salma

L'Assicurazione comprende, in caso di Infortunio o Malattia indennizzabile a termini di Polizza che provochi il decesso dell'Assicurato mentre si trova all'estero, il rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato stesso, fino al luogo di sepoltura in Italia.

La presente garanzia è prestata **fino a concorrenza della somma di euro 2.000,00**.

GARANZIE AGGIUNTIVE

(Valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)

Art. 2.14 - Spese per esami e accertamenti di alta diagnostica

L'Impresa rimborsa, **fino a concorrenza della Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza**, le spese per gli esami e gli accertamenti di alta diagnostica sotto elencati, purché pertinenti alla Malattia e/o all'Infortunio denunciati anche se non collegate a un Ricovero.

Ciascuna prestazione viene indennizzata **previa detrazione di uno Scoperto pari al 20% delle spese effettivamente sostenute e documentate**.

- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Ecotomografia
- Scintigrafia
- Angiografia
- Angiografia digitale
- Flebografia
- Esame Holter
- Ecodoppler
- Ecocardiografia a riposo e da sforzo
- Ecografia Intravascolare
- Ecografia Trans-Esofagea
- Ecocontrastografia
- Coronarografia
- Fluoroangiografia Oculare
- Isterosalpingografia
- Broncoscopia
- Broncografia
- Artrografia
- Mielografia
- Scialografia con Contrasto
- Diagnostica Endoscopica dell'apparato Digerente ed Urologico
- Densitometria Ossea
- Radionefrogramma
- Potenziali Evocativi Uditivi
- Potenziali Evocativi Visivi
- Pet - Tomografia ad Emissione di Positroni
- Esami Istopatologici

Qualora le prestazioni sopraindicate siano erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa rimborsa integralmente all'Assicurato l'eventuale ticket sanitario rimasto a suo carico, senza applicazione dello Scoperto previsto.

Art. 2.15 - Spese per prestazioni diagnostiche e terapeutiche domiciliari ed ambulatoriali

L'Impresa rimborsa, **fino a concorrenza della Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza**, le spese sostenute per prestazioni sanitarie domiciliari o ambulatoriali, non collegate al Ricovero e **non rientranti tra quelle riportate nell'articolo "Spese per esami e accertamenti di alta diagnostica"**, per:

- onorari dei medici per visite specialistiche diagnostiche (**escluse comunque le visite pediatriche, odontoiatriche ed ortodontiche**);
- accertamenti diagnostici;
- analisi ed esami di laboratorio;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi **prescritti da medici regolarmente iscritti all'Albo e praticati da personale medico o paramedico abilitato, purché non effettuati in centri estetici o di fitness**;
- agopuntura ed elettro-agopuntura, **praticati da personale medico o paramedico abilitato, purché non effettuati in centri estetici o di fitness**.

Ciascuna prestazione o ciclo di terapia (quest'ultimo **purché previsto da un'unica prescrizione medica**), viene indennizzata **previa detrazione di uno Scoperto pari al 20% delle spese effettivamente sostenute e documentate, con il minimo di euro 50,00**.

Condizioni di assicurazione

Qualora le suddette prestazioni siano erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa rimborsa all'Assicurato l'eventuale ticket sanitario rimasto a suo carico, **con applicazione di una franchigia di euro 25,00 (per ciascun ticket).**

Sono inoltre comprese, nel limite della Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza, le spese sostenute per l'assistenza infermieristica erogata al domicilio dell'Assicurato, da personale sanitario specializzato e legalmente riconosciuto, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia - indennizzabili a termini di Polizza - **fino a concorrenza di euro 50,00 giornaliera e per un massimo di 30 giorni.**

Ciascuna fattura viene indennizzata **previa detrazione di uno Scoperto pari al 20% delle spese effettivamente sostenute e documentate, con il minimo di euro 50,00.**

Art. 2.16 - Spese per acquisto lenti ed occhiali

L'Impresa rimborsa **fino a concorrenza della Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza**, le spese sostenute per l'acquisto di:

- un paio di lenti per occhiali, compresa la montatura oppure
- lenti a contatto

reso necessario a seguito di modifica del visus.

La modifica del visus dovrà essere documentata con prescrizione del Medico Oculista o dell'Optometrista regolarmente abilitato.

Ai fini del rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, la ricevuta fiscale rilasciata dall'ottico, dovrà riportare il dettaglio del costo delle lenti e dell'eventuale montatura.

Art. 2.17 - Spese per cure dentarie

A parziale deroga dell'articolo "Esclusioni", lettera s), l'Impresa rimborsa **fino a concorrenza della Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza** le spese sostenute per:

- interventi di implantologia;
- cure odontoiatriche ed ortodontiche;
- acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche;
- cure varie (esclusi comunemente lo sbiancamento denti e la detartrasi).

Ciascuna fattura/ricevuta viene indennizzata **previa detrazione di uno Scoperto pari al 25% delle spese effettivamente sostenute e documentate con il minimo di euro 125,00.**

Art. 2.18 - Spese per protesi acustiche ed ortopediche

L'Impresa rimborsa **fino a concorrenza di euro 1.000,00** le spese sostenute per:

- noleggio di apparecchi per trattamenti fisioterapici;
- acquisto di apparecchi protesici ortopedici;
- acquisto di protesi acustiche, purché sia certificata dal medico una modificazione del grado uditivo;
- acquisto/noleggio dei seguenti presidi ortopedici: letto ortopedico, carrozzella, stampelle, girello.

Ciascuna prestazione verrà indennizzata **previa detrazione di uno Scoperto pari al 30% delle spese effettivamente sostenute e documentate.**

3. OPERATIVITA'

Art. 3.1 - Efficacia dell'assicurazione

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Infortunio;
- del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Malattia e per le garanzie aggiuntive "Spese per esami e accertamenti di alta diagnostica", "Spese per prestazioni diagnostiche e terapeutiche domiciliari ed ambulatoriali" e "Spese per protesi acustiche ed ortopediche" se richiamate nella Scheda di Polizza;
- del 90° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa per le garanzie aggiuntive "Spese per acquisto lenti ed occhiali" e "Spese per cure dentarie" se richiamate nella Scheda di Polizza;
- del 180° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di malattie che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici insorti anteriormente alla decorrenza della Polizza, **purché non esplicitamente esclusi dall'Impresa;**
- dal 300° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di parto (sempreché operante a termini di Polizza).

Qualora la presente Polizza sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra riguardante gli stessi Assicurati e le stesse garanzie, stipulata con l'Impresa, gli anzidetti termini operano dalle ore 24:

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

Condizioni di assicurazione

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

Art. 3.2 - Esclusioni

L'Assicurazione non vale per le spese relative a:

- a) cure dei disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi salvo quanto previsto dall'articolo "Disturbi mentali" se operante a termini di Polizza;
- b) conseguenze di abuso di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
- c) patologie correlate alla infezione da HIV e a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- d) prestazioni di medicina e chirurgia estetica, salvo per intervento di chirurgia plastica ricostruttiva, correlabile ad Infortunio o neoplasia maligna indennizzabili a termini di Polizza, che abbia reso necessario l'Intervento chirurgico demolitivo;
- e) acquisto, manutenzione, riparazione e sostituzione di dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi, salvo quanto previsto dalle singole prestazioni;
- f) conseguenze dirette o indirette di reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate, salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato stesso per terapie mediche;
- g) degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza, quando siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale;
- h) conseguenze di infortuni causati da ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
- i) infortuni causati da partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, fatta eccezione per quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato stesso;
- j) infortuni causati da terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche;
- k) infortuni causati da guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche. La copertura assicurativa vale tuttavia per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra, purché gli infortuni non siano conseguenza di contaminazione nucleare, biologica e/o chimica e sempreché l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi mentre si trova all'estero in una nazione sino ad allora in condizioni di pace e purché non vi abbia partecipato in modo volontario;
- l) conseguenze di partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
- m) prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio della professione;
- n) infortuni causati da pratica di sport aerei in genere o da uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura;
- o) infortuni causati da pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione sia diretta che indiretta;
- p) cure e interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, noti all'Assicurato;
- q) terapie, di qualsiasi tipo, finalizzate alla fecondazione assistita;
- r) interruzione volontaria della gravidanza;
- s) cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del periodonto;
- t) interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;
- u) ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici;
- v) procedure mediche e interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari.

Art. 3.3 - Persone non assicurabili

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

- alcolismo e tossicodipendenza;
- sieropositività ove già diagnosticata dal test HIV;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

La sopravvenienza in corso di contratto delle predette affezioni comporta, nei confronti dell'Assicurato, la cessazione dell'Assicurazione con effetto immediato ai sensi dell'art. 1898 codice civile.

Non è ammessa la stipulazione della Polizza o il successivo inserimento in garanzia per le persone che abbiano compiuto il 75° anno di età.

Condizioni di assicurazione

Art. 3.4a - Variazioni delle persone assicurate - Determinazione del premio

(Valido solo per la versione "Nominativa")

In caso di inclusione o di esclusione di Assicurati in corso di validità del contratto, ai fini del calcolo del Premio, si precisa quanto segue:

- per le inclusioni il Premio verrà determinato in base al periodo di effettiva copertura (pro rata temporis rispetto al Premio annuo);
- per le esclusioni non si procederà ad alcun rimborso del Premio, che si considera pertanto acquisito dall'Impresa. In tal caso l'Assicurazione non avrà più effetto, a partire dalle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato viene escluso dalla copertura.

Inoltre, nel caso in cui l'Assicurazione sia prestata a favore del Nucleo familiare, l'esclusione della persona regolarmente iscritta nei libri contabili del Contraente comporta contestualmente l'esclusione dalla copertura anche dei componenti il Nucleo familiare.

Art. 3.4b - Variazioni delle persone assicurate - Determinazione del premio

(Valido solo per la versione "a Regolazione")

In caso di inclusione o di esclusione di Assicurati in corso di validità del contratto, ai fini del calcolo del Premio, si applica quanto disposto dalla "Disciplina per la regolazione del premio" riportata nella Scheda di Polizza.

Inoltre, nel caso in cui l'Assicurazione sia prestata a favore del Nucleo familiare:

- l'esclusione della persona regolarmente iscritta nei libri contabili del Contraente comporta contestualmente l'esclusione dalla copertura anche dei componenti il Nucleo familiare;
- eventuali esclusioni e/o inclusioni di singole persone all'interno del Nucleo familiare, composto da almeno due persone, non danno luogo a rimborso e/o pagamento di premio che si considera pertanto indivisibile.

Art. 3.5 - Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 3.6 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Impresa rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 codice civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio o della Malattia.

4. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Art. 4.1 - Ricoveri in strutture sanitarie convenzionate con equipe medica e/o chirurgica convenzionata

In caso di Ricovero o di Intervento chirurgico ambulatoriale indennizzabili a termini di Polizza presso una Struttura sanitaria convenzionata, con utilizzo di équipe medica e/o chirurgica convenzionata, l'Impresa provvede:

- al pagamento diretto alla Struttura sanitaria delle spese previste dalla copertura assicurativa e sostenute durante il Ricovero, **fino a concorrenza della somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza, solo nel caso in cui l'Assicurato abbia attivato l'operatività del servizio di pagamento diretto**, come descritto all'articolo "Obblighi" della Sezione In caso di sinistro. **In caso di Day Hospital è previsto un limite di euro 5.000,00;**
- al rimborso all'Assicurato, **con il limite di euro 15.000,00**, delle spese sostenute prima e dopo il Ricovero, di cui alle lettere b) e c) della Garanzia Base;
- al rimborso all'Assicurato, **con il limite di euro 3.000,00**, delle spese relative al trasporto dell'Assicurato stesso, di cui alla lettera d) della Garanzia Base.

Art. 4.2 - Ricoveri in strutture sanitarie non convenzionate o con equipe medica e/o chirurgica non convenzionata

In caso di Ricovero o di Intervento chirurgico ambulatoriale, indennizzabili a termini di Polizza, presso:

- una Struttura sanitaria convenzionata con equipe medica e/o chirurgica non convenzionata;
- una Struttura sanitaria non convenzionata con equipe medica e/o chirurgica convenzionata o non convenzionata;

l'Impresa rimborsa all'Assicurato - successivamente alla regolare denuncia di Sinistro - le spese previste dalla Garanzia Base, **fino a concorrenza della somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza e con i limiti di seguito indicati:**

- euro 5.000,00 in caso di Day Hospital;
- euro 15.000,00 per le spese sostenute prima e dopo il Ricovero, di cui alle lettere b) e c) della Garanzia Base;
- euro 3.000,00 per le spese relative al trasporto dell'Assicurato, di cui alla lettera d) della Garanzia Base.

Il rimborso delle spese di cui sopra, indennizzabili a termini di Polizza, viene effettuato **previa deduzione di uno Scoperto pari al 15% con il massimo di euro 5.000,00.**

In caso di Ricovero o di Intervento chirurgico ambulatoriale:

- a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale;
- a seguito di una grave Malattia o di un grande Intervento chirurgico, sempreché rientranti tra quelli riportati nell'"Elenco gravi malattie" e nell'"Elenco grandi interventi chirurgici";

l'Impresa riconosce le spese indennizzabili a termini di Polizza senza applicazione dello Scoperto di cui sopra.

Condizioni di assicurazione

Art. 4.3 - Raddoppio della somma assicurata in caso di grandi interventi chirurgici e gravi malattie
(non operante con garanzia base Ricoveri per gravi malattie e grandi Interventi chirurgici)

Nel caso di Ricovero dell'Assicurato per una grave Malattia o per essere sottoposto ad un grande Intervento chirurgico, rientranti tra quelli riportati nell'"Elenco gravi malattie" o nell'"Elenco grandi interventi chirurgici", la somma assicurata indicata in Scheda di Polizza per la garanzia base Ricoveri in genere deve intendersi raddoppiata.

Art. 4.4 - Diaria sostitutiva in caso di ricovero a carico del S.S.N.

L'Impresa riconosce, nel caso in cui il Ricovero sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (considerandosi tale anche il caso in cui l'Assicurato sia soggetto al pagamento di eventuali ticket per il Ricovero) un'Indennità giornaliera di euro 150,00 **con il limite massimo di 100 giorni per Ricovero, per persona e per anno assicurativo**, in sostituzione delle prestazioni garantite alla lettera a) della Garanzia Base, fermo quanto previsto alle lettere b), c) e d).

Le prestazioni sopra indicate vengono corrisposte senza applicazione di Scoperto.

Il giorno di Ricovero e quello di dimissione sono considerati agli effetti della liquidazione come giorno unico.

L'Indennità sostitutiva non trova applicazione in caso di Ricovero in Day Hospital, Day surgery e Intervento chirurgico ambulatoriale.

5. IN CASO DI SINISTRO

Art. 5.1 - Obblighi

In caso di necessità di Ricovero in strutture sanitarie convenzionate con equipe medica e/o chirurgica convenzionata, per attivare il servizio di pagamento diretto **il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve preventivamente contattare telefonicamente Clinica Amica** (il servizio che offre il circuito di Strutture sanitarie convenzionate) dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00, e il sabato dalle 9.00 alle 13.00 ai seguenti numeri:

- dall'Italia numero verde 800686868
- dall'estero numero di rete fissa +39 02 26609167

Clinica Amica verifica la posizione amministrativa dell'Assicurato, può chiedere l'invio di documentazione medica per valutare se è possibile autorizzare la prestazione e provvedere ad attivare il servizio di pagamento diretto presso la Struttura sanitaria scelta.

Clinica Amica è in questo caso anche il riferimento a cui inviare i documenti necessari per ottenere il rimborso delle spese eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero e per il trasporto dell'Assicurato.

Nei casi di Ricovero in cui non operi il servizio di pagamento diretto, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia scritta all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo **entro 15 giorni** dalla data di dimissione dalla Struttura sanitaria o dal verificarsi del Sinistro.

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

Per entrambe le modalità di erogazione delle prestazioni **il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve:**

- fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa alla Malattia e/o all'Infortunio che hanno determinato il Ricovero;
- presentare gli originali/copie delle notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate relative alle spese sostenute correlate di una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prescrizione stessa.

L'Assicurato deve altresì:

- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Nel caso in cui, durante il periodo di cura, sopravvenga la morte dell'Assicurato, **il Contraente o gli eredi legittimi devono darne immediato avviso all'Impresa** e gli adempimenti di cui sopra dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

Art. 5.2 - Procedura per la valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa - o da un consulente medico da questa incaricato - con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di Indennizzo o sull'indennizzabilità del Sinistro, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.

Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.

Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di Polizza.

Il Collegio dei Medici risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Condizioni di assicurazione

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio dei Medici sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Art. 5.3 - Pagamento dell'indennizzo

Il pagamento viene sempre effettuato a cura ultimata.

L'Impresa provvede a restituire all'Assicurato gli originali delle notule, distinte e ricevute, previa apposizione della data e degli estremi della liquidazione dell'Indennizzo.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi notule, distinte o ricevute per ottenere il rimborso, l'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto, **al netto di quanto a carico dei predetti terzi**, salvo quanto previsto dall'articolo "Rinuncia al diritto di surrogazione".

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale Europea.

Art. 5.4 - Obbligo di restituzione degli indennizzi erogati per spese non dovute

L'Impresa, nell'eventualità di pagamenti ai centri convenzionati che, successivamente, dovessero risultare per qualsiasi motivo non dovuti a termini di Polizza, si riserva il diritto di ripetere dette somme nei confronti dell'Assicurato che è obbligato a rimborsare quanto dovuto all'Impresa.

6. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA

Art. 6.1 - Garanzie prestate

Le garanzie ed i servizi di Assistenza di seguito precisati, sono prestati dall'Impresa tramite la Centrale Operativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l. in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

AVVERTENZE: Il servizio di Assistenza prestato con la presente Polizza non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze.

Nessun rimborso è previsto senza il preventivo contatto con la Centrale Operativa (per i dettagli si rinvia alla sezione "In caso di Sinistro").

Servizio di assistenza medica in collegamento telefonico 24 ore su 24

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni sanitarie e/o consigli medici a seguito di Malattia, il Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa è a sua disposizione per un consulto telefonico.

Il servizio è gratuito, non fornisce diagnosi o prescrizioni ed è basato su informazioni fornite a distanza dall'Assicurato.

Sulla base delle informazioni acquisite e delle eventuali diagnosi del medico curante, la Centrale Operativa valuterà l'erogazione delle prestazioni di assistenza contrattualmente previste.

Organizzazione di visite specialistiche e accertamenti diagnostici a tariffe agevolate

Tramite la Centrale Operativa, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, verranno organizzate visite specialistiche e accertamenti diagnostici a condizioni economiche agevolate presso i centri medici privati convenzionati con la Centrale Operativa più vicini alla residenza dell'Assicurato. La Centrale Operativa, oltre a fissare l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi agevolati a lui riservati delle visite e degli eventuali accertamenti clinico-diagnostici-strumentali richiesti. Fissato l'appuntamento col centro medico privato convenzionato, **su richiesta dell'Assicurato**, la Centrale Operativa provvederà a ricordare telefonicamente all'Assicurato l'appuntamento fissato il giorno prima dello stesso.

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

Invio di un medico

Qualora l'Assicurato richieda un medico presso la propria abitazione, la Centrale Operativa provvede, previa valutazione del proprio Servizio di assistenza medica, a inviare uno dei propri medici convenzionati.

Nel caso di indisponibilità di uno dei medici convenzionati, la Centrale Operativa organizza il trasferimento dell'Assicurato al centro di pronto soccorso più vicino, tenendo a proprio carico i relativi costi.

In caso di emergenza, l'Assicurato deve contattare gli organismi ufficiali di soccorso (servizio 118). L'Impresa non potrà in alcun caso sostituirsi né costituire alternativa al servizio pubblico di pronto intervento sanitario.

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

Condizioni di assicurazione

Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione

Qualora l'Assicurato o il suo medico curante desiderino effettuare il riesame della documentazione clinica in loro possesso presso un centro medico ritenuto internazionalmente di riferimento per la patologia clinica di cui l'Assicurato soffre, la Centrale Operativa mette a disposizione la propria équipe medica per effettuare il riesame richiesto, in conformità al proprio giudizio di merito, **entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della documentazione medica in possesso dell'Assicurato. Tale termine non include i tempi di ulteriori specifiche indagini cliniche o scientifiche rese necessarie dal caso, da eseguirsi su richiesta del centro medico internazionale refertante.** In particolare la Centrale Operativa acquisirà e verificherà tutta la documentazione clinica e diagnostica in possesso dell'Assicurato, ricercherà ed identificherà a livello internazionale il centro medico ritenuto eccellente per la specifica patologia dell'Assicurato e vi si rivolgerà per ottenerne la Second Opinion scientifico-specialistica fornendo altresì all'Assicurato, tramite il proprio staff medico, il necessario ed adeguato supporto medico specialistico, anche per ciò che riguarda un primo sostegno psicologico per l'Assicurato e/o per i suoi familiari conviventi, tenendone a proprio carico i relativi costi. Se necessario, la Centrale Operativa provvederà alla traduzione di tutta la documentazione medica necessaria ad ottenere la refertazione scientifico-specialistica e della successiva relativa refertazione, sempre tenendo a proprio carico i relativi costi.

Tale garanzia è operante nel rispetto del Testo Unico sulla Privacy (TUP), pertanto l'Assicurato dovrà fornire una liberatoria nei confronti della Centrale Operativa, onde permettere la diffusione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.

Se questi non fosse in condizione di farlo, la Centrale Operativa richiederà la liberatoria all'avente potere decisionale in Sua vece.

Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione

Qualora, in seguito a Malattia dell'Assicurato non curabile nell'ambito delle strutture sanitarie nazionali, i medici curanti, in accordo con il Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa, richiedano il trasferimento dello stesso in un centro ospedaliero di Alta specializzazione, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il trasporto sanitario con il mezzo ritenuto più idoneo (aereo sanitario, aereo di linea con eventuale barella, autoambulanza, treno) e, se necessario, con accompagnamento medico ed infermieristico.

I costi del trasferimento saranno concordati preventivamente con l'Assicurato o, se questi non fosse in condizione di farlo, con chi ha potere decisionale in Sua vece. I suddetti costi restano interamente a carico dell'Assicurato.

Traduzione della cartella clinica

Qualora l'Assicurato usufruisca della garanzia "Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione" di cui al precedente paragrafo, la Centrale Operativa provvede alla traduzione della Cartella Clinica dell'Assicurato per permettere ai medici del Centro di destinazione l'immediata presa a carico della patologia diagnosticata. La traduzione può essere fornita, con costi completamente a carico della Centrale Operativa, dall'Italiano all'Inglese, Francese, Tedesco e/o Spagnolo.

Tale garanzia è operante nel rispetto del Testo Unico sulla Privacy (TUP), pertanto l'Assicurato dovrà fornire una liberatoria nei confronti della Centrale Operativa, onde permettere la diffusione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.

Se questi non fosse in condizione di farlo, la Centrale Operativa richiederà la liberatoria all'avente potere decisionale in Sua vece.

Esami del sangue a domicilio

Qualora l'Assicurato sia in condizioni di salute tali da non permettergli di lasciare il proprio domicilio e necessiti di effettuare un prelievo di sangue, certificato dal suo medico curante, la Centrale Operativa provvede ad inviare al suo domicilio un operatore specializzato con tutti gli strumenti necessari per effettuare il prelievo del sangue.

Dopo il prelievo le provette verranno etichettate e conservate accuratamente fino all'arrivo presso il laboratorio di analisi.

Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, **mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami. L'Assicurato deve comunicare il nome del suo medico curante e il suo recapito telefonico.**

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

Consegna esiti a domicilio

Qualora l'Assicurato si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate presso la propria provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Centrale Operativa provvede a far recapitare gli esiti di tali accertamenti al domicilio o al medico da questi indicato.

I costi degli accertamenti diagnostici sono interamente a carico dell'Assicurato.

Tale garanzia è operante nel rispetto del Testo Unico sulla Privacy (TUP), pertanto l'Assicurato dovrà fornire una liberatoria nei confronti della Centrale Operativa, onde permettere la diffusione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.

Se questi non fosse in condizione di farlo, la Centrale Operativa richiederà la liberatoria all'avente potere decisionale in Sua vece.

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

Condizioni di assicurazione

Consegna medicinali a domicilio

Qualora l'Assicurato necessiti di medicinali regolarmente prescritti e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Centrale Operativa, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, provvede all'acquisto ed alla consegna dei medicinali prescritti.

A carico dell'Assicurato resta soltanto il costo dei medicinali.

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

Invio di un infermiere al domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di Ricovero, necessiti di assistenza infermieristica entro i primi 30 giorni successivi alla sua dimissione, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa **fino ad un massimo di 16 ore lavorative per evento.**

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

Consulenza telefonica su viaggi e medicina

In caso di necessità, la Centrale Operativa metterà a disposizione il proprio Servizio di assistenza 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 e non fornisce diagnosi o prescrizioni.

Collegamento continuo con il centro ospedaliero

Qualora l'Assicurato venga ricoverato, la Centrale Operativa stessa prende contatto con i medici curanti e comunica costantemente al familiare indicato previamente dall'Assicurato le notizie cliniche aggiornate.

Tale garanzia è operante nel rispetto del Testo Unico sulla Privacy (TUP), pertanto l'Assicurato dovrà fornire una liberatoria nei confronti della Centrale Operativa, onde permettere la diffusione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.

Se questi non fosse in condizione di farlo, la Centrale Operativa richiederà la liberatoria all'avente potere decisionale in Sua vece.

Anticipo denaro

Qualora l'Assicurato sia in viaggio, richieda un anticipo di denaro per sostenere spese mediche impreviste, conseguenti a Malattia improvvisa, la Centrale Operativa anticipa una somma di denaro **con il massimo di euro 1.000,00**, previa adeguata garanzia bancaria.

L'Assicurato dovrà restituire alla Centrale Operativa la somma ricevuta a titolo di anticipo, entro un mese dal suo rientro al domicilio in Italia.

Familiare accanto

Qualora l'Assicurato sia in viaggio e venga ricoverato in una Struttura sanitaria **per un periodo superiore a 4 giorni**, la Centrale Operativa mette a disposizione di un parente un biglietto aereo (classe turistica A/R) o ferroviario (1a classe A/R), per recarsi sul posto ad assistere l'Assicurato.

In alternativa il parente potrà richiedere alla Centrale Operativa che gli venga messa a disposizione una vettura a noleggio per raggiungere l'Assicurato, per cui non sopporterà alcuna spesa entro il limite di costo del biglietto aereo o ferroviario che gli avrebbe fornito la Centrale Operativa.

A carico del parente resterà l'eventuale maggior spesa oltre il limite predetto.

Nel caso in cui il Ricovero sia **per un periodo superiore a 7 giorni**, la Centrale Operativa provvederà anche ad organizzare il soggiorno del familiare in un albergo in loco, tenendo a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione **fino al limite massimo di euro 500,00 per evento.**

Validità territoriale: al di fuori della provincia di residenza dell'Assicurato.

Rientro al domicilio o rimpatrio sanitario

Qualora le condizioni dell'Assicurato in viaggio, accertate dal Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa in accordo con il medico curante sul posto, richiedano il suo trasporto in una Struttura sanitaria attrezzata in Italia o al domicilio stesso, oppure qualora l'Assicurato non sia in grado di rientrare al domicilio autonomamente a seguito di dimissione ospedaliera, la Centrale Operativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo dal Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa in accordo con il medico curante sul posto:

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

Condizioni di assicurazione

Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico o infermieristico.

L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale o per i rimpatri verso l'Italia dai Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo.

Validità territoriale: al di fuori della provincia di residenza dell'Assicurato.

Rientro dei figli minori

Qualora, in caso di Malattia avvenuta in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, l'Assicurato venga ricoverato in una Struttura sanitaria, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il rientro con accompagnatore dei figli minori di anni 15 che erano in viaggio con l'Assicurato stesso, mettendo a disposizione di un parente residente in Italia un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (1a classe) per recarsi sul posto.

Validità territoriale: al di fuori della provincia di residenza dell'Assicurato.

Art. 6.2 - Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente o indirettamente da:

- 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;
- scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio;
- 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;
- atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa;
- viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;
- 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;
- materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico;
- inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
- dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere;
- atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo;
- abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta;
- suicidio o tentativo di suicidio;
- Virus da Immunodeficienza Umana (HIV), Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e patologie sessualmente trasmissibili;
- guida di veicoli per i quali è prescritta una patente di categoria superiore alla B e di natanti a motore per uso non privato;
- epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
- quarantene.

Le prestazioni di Assistenza non sono previste per:

- infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti;
- interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni;
- cure ortodontiche e di paradontopatie di protesi dentarie;
- 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;
- espianto/trapianto di organi.

Condizioni di assicurazione

Art. 6.3 - Disposizioni e limitazioni di responsabilità

- la Centrale Operativa si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge;
- la Centrale Operativa non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute;
- nei casi in cui l'Assicurato benefici di prestazioni di assistenza analoghe e richieda l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazioni, le prestazioni previste dalla presente copertura sono operanti esclusivamente quale rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la prestazione. In ogni caso, i costi verranno risarciti complessivamente una volta sola;
- la Centrale Operativa tiene a proprio carico il costo delle prestazioni fino al capitale stabilito nelle singole garanzie. Eventuali eccedenze rispetto al massimale restano a carico dell'Assicurato;
- il diritto alle prestazioni di assistenze decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro;
- ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Centrale Operativa derivante dal presente Contratto si prescrive ai sensi dell'art. 2952 del c.c. al compimento di due anni dalla data di scadenza del servizio stesso.

la Centrale Operativa non potrà essere ritenuta responsabile di:

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

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

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

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

Art. 6.4 - Obblighi in caso di sinistro

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

- numero verde 800 68 68 68 dall'Italia;
- numero + 39 02 26 609 166 (anche per chiamate dall'estero);
- telefax +39 02 70 630 091

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 Polizza.

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

Ufficio Liquidazione Sinistri Assistenza
AWP Service Italia S.c.a r.l.
Casella Postale 302
Via Cordusio 4
20123 Milano (Mi)

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate.

Inoltre, per facilitare la pratica di rimborso, si ricorda di:

- farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla richiesta di assistenza, il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo;
- comunicare, insieme alla documentazione del danno, il codice IBAN del conto corrente sul quale si chiede di effettuare il bonifico ed il proprio codice fiscale.

Condizioni di assicurazione

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

Le presenti condizioni particolari sono valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza.

SSN - Assicurazione in forma integrativa al Servizio Sanitario Nazionale

A parziale deroga delle Condizioni di assicurazione, la copertura è prestata in forma integrativa al Servizio Sanitario Nazionale, pertanto l'Impresa riconosce, nell'ambito delle Somme assicurate indicate nella Scheda di Polizza e con le modalità ed i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni", le spese rimaste effettivamente a carico dell'Assicurato.

Per i ricoveri avvenuti a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale viene riconosciuta l'Indennità sostitutiva come previsto dalle Condizioni di assicurazione all'articolo "Diaria sostitutiva in caso di ricovero a carico del S.S.N."

Nel caso in cui l'Assicurato non si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale e, quindi, le prestazioni suddette risultino a suo totale carico, **il rimborso delle spese effettivamente sostenute viene effettuato previa detrazione di:**

- uno Scoperto pari al 25% delle medesime, in caso di Ricovero e/o Intervento chirurgico ambulatoriale, indipendentemente dalla Struttura in cui avvenga il Ricovero e per la Garanzia aggiuntiva di cui all'articolo "Spese per acquisto di lenti ed occhiali";
- un importo pari allo Scoperto (fermi gli eventuali minimi stabiliti) previsto dalle singole Garanzie aggiuntive.

FOP - Assicurazione in forma integrativa a Fondo Previdenziale

A parziale deroga delle Condizioni di assicurazione, la copertura è prestata in forma integrativa al Fondo indicato nella Scheda di Polizza, pertanto l'Impresa riconosce, nell'ambito delle Somme assicurate indicate nella Scheda di Polizza e con le modalità ed i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni", le spese sostenute in proprio dall'Assicurato e rimaste a suo carico, il quale **si obbliga a consegnare l'originale o le copie delle parcelle o fatture presentate al Fondo** che preciserà la somma o le somme erogate.

A parziale deroga dell'articolo "Ricoveri in strutture sanitarie convenzionate con equipe medica e/o chirurgica convenzionata" si precisa che l'Impresa provvede al pagamento diretto a **condizione che il Ricovero o l'Intervento chirurgico ambulatoriale avvenga presso una Struttura sanitaria convenzionata con utilizzo di équipe medica e/o chirurgica convenzionate anche con il Fondo.**

Nel caso in cui il Fondo Previdenziale rimborsi le prestazioni sanitarie al netto dell'IVA eventualmente applicata, tale importo non viene considerato dall'Impresa nella determinazione dell'Indennità da corrispondere a termini di Polizza.

Fermo quanto sopra indicato, nel caso in cui l'Assicurato non abbia diritto al Fondo indicato nella Scheda di Polizza o non si avvalga dello stesso per le prestazioni previste nel tariffario, e quindi, le prestazioni suddette risultino a suo totale carico, **il rimborso delle spese effettivamente sostenute verrà effettuato previa detrazione di:**

- uno Scoperto pari al 25% delle medesime in caso di Ricovero e/o Intervento chirurgico ambulatoriale, indipendentemente dalla Struttura in cui avvenga il Ricovero e per la Garanzia aggiuntiva di cui all'articolo "Spese per acquisto di lenti ed occhiali";
- un importo pari allo Scoperto (fermi gli eventuali minimi stabiliti) previsto dalle singole Garanzie aggiuntive.

Tali detrazioni sono applicate anche per le prestazioni non previste dal Fondo.

Nel caso in cui le prestazioni suddette risultino a totale carico:

- del Fondo indicato nella Scheda di Polizza, l'Impresa riconosce un'indennità pari a euro 150,00 per ciascun giorno di Ricovero - **escluso in ogni caso il Day Hospital e Day surgery** - comprensiva del costo di eventuali ticket, **col massimo di 100 giorni;**
- del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa riconosce l'Indennità sostitutiva come previsto dalle Condizioni di assicurazione all'articolo "Diaria sostitutiva in caso di ricovero a carico del S.S.N."

A parziale deroga dell'articolo "Obblighi" si precisa che relativamente ai contratti in forma integrativa al Fondo Previdenziale il termine di denuncia riportato nel suddetto articolo decorre dalla data indicata nel prospetto di liquidazione rilasciato dal Fondo stesso.

FRA - Franchigia

Qualora sia stata pattuita per l'Assicurato una Franchigia, la cui entità è indicata nella Scheda di Polizza, da applicarsi ad ogni Ricovero e/o Intervento chirurgico anche ambulatoriale, di cui alle prestazioni previste dalla Garanzia Base (ad eccezione dei paragrafi "Prestazioni aggiuntive per Malattia oncologica", "Disturbi mentali", "Rimborso spese per il pernottamento di un accompagnatore e per l'assistenza infermieristica domiciliare" e "Prestazioni per il parto" sulle cui prestazioni tale Franchigia non trova applicazione), resta convenuto che l'Impresa effettua il pagamento **dopo aver dedotto la Franchigia stessa, fermi i limiti per persona o per nucleo familiare e per anno ove previsti**, e ciò anche in caso di Ricovero a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

In caso di operatività della Scoperto previsto dalle Condizioni di assicurazione, **la suddetta Franchigia costituisce l'importo minimo che rimane a carico dell'Assicurato.**

Per i ricoveri avvenuti a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Franchigia di cui sopra non viene applicata e il riconoscimento dell'Indennità sostitutiva avviene in base a quanto disposto dalla Polizza.

Condizioni di assicurazione

ILL - Somma assicurata in forma illimitata in caso di ricovero

A parziale deroga dell'articolo "Ricoveri in strutture sanitarie convenzionate con equipe medica e/o chirurgica convenzionata", l'Impresa provvede al pagamento diretto alla Struttura sanitaria delle spese previste dalla copertura assicurativa e sostenute durante il Ricovero senza alcun limite di somma assicurata, come riportato nella Scheda di Polizza.

Si conviene inoltre che i limiti di indennizzo previsti per il Day Hospital, le spese sostenute prima e dopo il Ricovero e le spese relative al trasporto dell'Assicurato, riportati nella Scheda di Polizza e relativi ai ricoveri in convenzione, devono intendersi raddoppiati.

Le "Altre prestazioni" assicurate nella Garanzia Base restano valide e operanti.

B1 - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio indicata nella Scheda di Polizza.

Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente Assicurazione saranno svolti, per conto del Contraente, dalla precitata società di brokeraggio.

B2 - Clausola broker con riparto di coassicurazione

Premesso che l'Assicurazione è ripartita per quote tra le Compagnie indicate nella Scheda di Polizza, il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio indicata nella Scheda di Polizza.

Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti, per conto del Contraente, dalla precitata società di brokeraggio, la quale tratterà con la Società Delegataria informandone le Coassicuratrici.

Queste ultime saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria, fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di Polizza il cui pagamento verrà effettuato dal Contraente per il tramite della sopracitata società di brokeraggio direttamente nei confronti di ciascuna Coassicuratrice.

Ogni modificazione del contratto che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna le Coassicuratrici solo dopo la firma dell'atto relativo emesso dalla Società Delegataria.

P - Deroga alla proroga del contratto

A parziale deroga dell'articolo "Durata e proroga dell'assicurazione" delle Condizioni generali di assicurazione, il presente contratto non verrà tacitamente rinnovato alla sua naturale scadenza.

TP - Proroga del termine di pagamento del premio

A parziale deroga dell'articolo "Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio" delle Condizioni generali di assicurazione, si conviene che il termine utile per il pagamento dei premi delle rate future si intende elevato al numero di giorni indicato nella Scheda di Polizza.

ELENCO GRAVI MALATTIE

Infarto del Miocardio

Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.

Coronaropatia

Malattia che determini Intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie coronarie con innesto di by-pass, o richieda tecniche non chirurgiche, quali l'insufflazione angioplastica.

Ictus Cerebrale (colpo apoplettico)

Accidenti cerebro-vascolari aventi ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implicino morte di tessuto cerebrale.

Malattia Oncologica

Ogni stato di Malattia determinata dalla presenza di neoplasia maligna (quest'ultima sia localizzata che diffusa), comprese tutte le manifestazioni tumorali a carico del sistema linfatico ed emopoietico che determinino o meno un Intervento chirurgico.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Collo

Gozzo retrosternale con mediastinotomia

Condizioni di assicurazione

Esofago

Interventi con esofagoplastica
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
Megaesofago
Cardioplastica

Intestino

Colectomia totale per malattie infiammatorie del colon

Retto - Ano

Atresia dell'ano con fistola retto uretrale o retto vulvare
Operazione per megacolon

Fegato

Reinterventi sulle vie biliari
Interventi chirurgici per ipertensione portale

Pancreas

Interventi per pancreatite acuta
Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
Interventi per pancreatite cronica

Cardiochirurgia

Interventi a cuore aperto per:

- Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
 - Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
 - Correzione impianto anomalo coronarie
 - Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
 - Correzione canale atrioventricolare completo
 - Finestra aorto-polmonare
 - Correzione di:
 - ventricolo unico
 - ventricolo destro a doppia uscita
 - truncus arteriosus
 - coartazioni aortiche di tipo fetale
 - coartazioni aortiche multiple o molto estese
 - stenosi aortiche infundibulari
 - stenosi aortiche sopravalvolari
 - trilogia di Fallot
 - tetralogia di Fallot
 - atresia della tricuspide
 - pervietà interventricolare ipertesa
 - pervietà interventricolare con "debanding"
 - pervietà interventricolare con insufficienza aortica
 - Sostituzioni valvolari multiple
 - Sostituzione valvolare con by-pass aortocoronarico
 - Aneurismi aorta toracica
 - Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio
 - Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aortocoronarici
- Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale

Chirurgia del Sistema Nervoso Centrale e Periferico

Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
Asportazione di processi espansivi endocranici (ascessi, cisti parassitarie, etc.)
Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali, extra-midollari
Trattamento di lesioni intramidollari (siringomielia, ascessi, etc.)
Somatotomia vertebrale
Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica

Condizioni di assicurazione

Chirurgia Vascolare

Operazioni sull'aorta toracica e sull'aorta addominale
Trattamento chirurgico dell'ipertensione portale

Ortopedia e traumatologia

Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
Resezioni del sacro
Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari
Disarticolazione interscapolo toracica
Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
Resezioni artrodiapfisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"
Emipelvectomia
Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
Vertebrotonomia
Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
Uncoforaminotomia
Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
Artrodesi per via anteriore
Interventi a cielo aperto sul rachide per via posteriore per artrodesi vertebrale
Interventi a cielo aperto sul rachide per via anteriore senza impianti
Interventi a cielo aperto sul rachide per via anteriore con impianti

Urologia

Megauretore: resezione con sostituzione di ansa intestinale

Traumi diretti con rotture viscerali

Tutti

Trapianti di organi

Tutti