

Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Allianz S.p.A. Prodotto: "Allianz Protezione Oncologica"

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

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione contro i danni con soluzioni composte da combinazioni di garanzie crescenti, che offre prestazioni di prevenzione oncologica e garanzie che coprono il rischio oncologico.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Sono previste prestazioni di prevenzione oncologica, differenziate per uomo e donna e in base all'età dell'Assicurato e garanzie che coprono il rischio oncologico. Il tutto secondo le seguenti Soluzioni.

La **Soluzione Essential** prevede le seguenti prestazioni:

- ✓ Check-up specialistico;
- ✓ Capitale alla diagnosi di tumore maligno, con una somma assicurata di 10.000,00 euro per anno assicurativo;
- ✓ Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up

La **Soluzione Plus** prevede le stesse prestazioni della Soluzione Essential con:

- ✓ Capitale alla diagnosi di tumore maligno, con una somma assicurata di 30.000,00 euro per anno assicurativo

La **Soluzione Premium** prevede le stesse prestazioni della Soluzione Plus con:

- ✓ Capitale alla diagnosi di tumore maligno, con una somma assicurata di 50.000,00 euro per anno assicurativo

La **Soluzione Top** prevede le prestazioni della Soluzione Premium con:

- ✓ Capitale alla diagnosi di tumore maligno, con una somma assicurata fino a 100.000,00 euro per anno assicurativo

L'assicurazione è prestata entro **le somme assicurate** puntualmente indicate nella Scheda di Polizza.

Per il **dettaglio** dei contenuti delle suddette prestazioni e per l'elenco delle **garanzie aggiuntive acquistabili facoltativamente con supplemento di premio**, si rinvia al DIP aggiuntivo Danni, sezione "Che cosa è assicurato?".



Che cosa non è assicurato?

Non solo assicurabili le persone affette da:

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

La copertura assicurativa non è operante per le malattie:

- ✗ derivanti 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;
- ✗ direttamente o indirettamente derivanti da reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate;
- ✗ causate da partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato.

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



Ci sono limiti di copertura?

! L'assicurazione **prevede alcuni limiti di copertura**, per il cui dettaglio si rinvia al DIP aggiuntivo Danni, sezione "Ci sono limiti di copertura?".



Dove vale la copertura?

La copertura assicurativa vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- Quando si sottoscrive il contratto, il Contraente ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del rapporto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato.
- In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso all'Impresa secondo i termini e le modalità previste alla sezione "Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?/Cosa fare in caso di sinistro?" del DIP aggiuntivo Danni. **La denuncia del sinistro deve essere presentata entro 15 giorni dalla data di diagnosi della malattia o dal momento in cui il Contraente o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità.**



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione del contratto.

E' possibile pagare il premio tramite:

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

Il premio è comprensivo delle imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

La copertura assicurativa ha durata triennale e cessa alla scadenza prevista senza necessità di invio di disdetta. Non si applica il periodo di tolleranza previsto dall'art. 1901 codice civile, secondo comma.

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

Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la copertura?

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

Diritto di disdetta: trattandosi di durata **triennale** con riduzione di premio per poliennalità non è prevista la facoltà di recesso dal contratto prima della scadenza. La copertura cessa alla scadenza prevista, senza necessità di inviare la disdetta.

La garanzia cessa alla scadenza della copertura assicurativa e non si applica il periodo di tolleranza previsto dall'art. 1901 codice civile, secondo comma.

Assicurazione contro i danni

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

Impresa: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Allianz Protezione Oncologica"

03/11/2020 – Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

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

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

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

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2019 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a **2.208** 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 **1.102** milioni di euro.

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

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a **2.852** milioni di euro;
 - del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a **1.283** milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a **5.207** milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a **5.207** milioni di euro;
- ed il valore dell'Indice di solvibilità (solvency ratio) della Società, pari a **183%**.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

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

Check-up specialistico
(operante per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")

Prevede i seguenti pacchetti di prevenzione, relativi alle più frequenti tipologie tumorali attualmente presenti, differenziati tra uomo e donna e in base all'età dell'Assicurato:

Pacchetto Uomo under 45 anni

- Ecografia addome completa
- PSA
- PSA free
- RX Polmoni
- Feci, ricerca sangue occulto (qualsiasi metodica)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisi Urine ▪ Emocromo completo <p>Pacchetto Uomo over 45 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ecografia addome completa ▪ PSA ▪ PSA free ▪ TAC spirale ▪ Feci, ricerca sangue occulto (qualsiasi metodica) ▪ Analisi Urine ▪ Emocromo completo <p>Pacchetto Donna under 45 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ecografia addome completa ▪ PAP Test ▪ Ecografia mammaria ▪ Eco tiroide ▪ Analisi Urine ▪ Feci, ricerca sangue occulto (qualsiasi metodica) ▪ Emocromo completo <p>Pacchetto Donna over 45 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ecografia addome completa ▪ PAP Test ▪ Mammografia bilaterale ▪ Analisi Urine ▪ Feci, ricerca sangue occulto (qualsiasi metodica) ▪ Emocromo completo <p>Il pacchetto di prevenzione oncologica, operante per l'Assicurato e richiamato nella Scheda di Polizza, deve essere effettuato nel corso del primo anno di copertura ed esclusivamente presso una Struttura sanitaria convenzionata, contattando preventivamente la Centrale Operativa per la relativa prenotazione, senza alcun costo per l'Assicurato.</p> <p>Non saranno prese in considerazione richieste di rimborso per accertamenti effettuati e pagati dall'Assicurato senza preventiva autorizzazione della Centrale Operativa.</p> <p>Per poter effettuare alcuni degli accertamenti previsti dai pacchetti di prevenzione (ecografie, RX Polmoni e TAC spirale) potrebbe essere necessario presentare alla Struttura sanitaria convenzionata le relative prescrizioni mediche.</p> <p>Si precisa che, in caso di esito positivo agli accertamenti previsti dal Check-up specialistico, la garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno non opera con riferimento ai tumori già insorti al momento dell'effettuazione del Check-up specialistico.</p>
<p>Capitale alla diagnosi di tumore maligno (operante per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")</p>	<p>L'Impresa riconosce il pagamento della Somma assicurata, indicata nella Scheda di Polizza per l'Assicurato, in caso di diagnosi di tumore maligno.</p> <p>Ai fini dell'operatività della presente garanzia, per tumore maligno si intende il tumore caratterizzato da crescita incontrollata e da diffusione di cellule maligne con invasione dei tessuti sani (compresi quelli in situ) con esclusione di tutti i tumori dermatologici.</p> <p>Il capitale per tumore maligno viene riconosciuto a condizione che:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sia insorto e diagnosticato all'Assicurato decorsi 90 giorni dalla data di decorrenza della Polizza e a condizione che siano già stati effettuati gli accertamenti di cui alla garanzia Check-up specialistico (in caso contrario, la garanzia decorre dalla data di effettuazione del Check-up specialistico); ▪ la patologia non risulti già insorta al momento dell'effettuazione del Check-up specialistico previsto dalla Scheda di Polizza per l'Assicurato o degli ulteriori accertamenti resisi opportuni dai risultati del Check-up specialistico; ▪ la diagnosi di tumore maligno sia confermata da referto istopatologico.

	<p>La Somma assicurata può essere corrisposta una sola volta per anno assicurativo e, in caso di liquidazione del capitale, la presente garanzia resta operante per gli anni successivi per l'Assicurato, per eventuali ulteriori diagnosi di tumore maligno, purchè non correlato, in quanto istologicamente differente, a quello già oggetto di Indennizzo.</p>
<p>Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up (operante le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")</p>	<p>L'Impresa riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per Accertamenti diagnostici resi necessari a seguito del Check-up specialistico, nel caso in cui dai referti si evinca la necessità di effettuare ulteriori accertamenti di approfondimento finalizzati alla diagnosi certa.</p> <p>Tali spese vengono riconosciute all'Assicurato con il limite per anno assicurativo della Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza, per Accertamenti diagnostici effettuati presso la Struttura sanitaria convenzionata indicata dalla Centrale Operativa, preventivamente contattata per la relativa prenotazione, con pagamento diretto da parte dell'Impresa alla Struttura sanitaria convenzionata stessa.</p> <p>Si precisa inoltre che gli esiti di tali ulteriori accertamenti, sono acquisiti dall'Impresa e messi a disposizione dell'Assicurato tramite la Struttura sanitaria convenzionata che ha erogato le prestazioni.</p> <p>Limitatamente alla Soluzione Top, se operante per l'Assicurato e richiamata nella Scheda di Polizza, l'impresa rimborsa all'Assicurato, con il limite per anno assicurativo della Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza, le spese sostenute per gli Accertamenti diagnostici resi necessari a seguito del Check-up ed effettuati presso strutture sanitarie non convenzionate.</p> <p>Gli esiti di tali ulteriori accertamenti, effettuati in strutture sanitarie non convenzionate, saranno inviati dall'Assicurato all'Impresa.</p>
<p>Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?</p>	
<p>OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO</p>	
<p>Garanzia aggiuntiva "Tumori maligni dermatologici" (selezionabile per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")</p>	<p>La garanzia prevede, in aggiunta al pacchetto di accertamenti operante per l'Assicurato e richiamato nella Scheda di Polizza per il Check-up specialistico, un esame diagnostico di Epiluminescenza, da effettuarsi con le modalità previste per la garanzia Check-up specialistico.</p> <p>L'Impresa riconosce, inoltre, un Capitale alla diagnosi di tumore maligno dermatologico pari alla Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza.</p> <p>Ai fini dell'operatività della presente garanzia, per tumori maligni dermatologici si intendono i tumori della pelle caratterizzati da una crescita incontrollata e da una diffusione di cellule maligne con invasione dei tessuti sani (compresi quelli in situ).</p> <p>Il capitale per tumore maligno dermatologico viene riconosciuto a condizione che:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sia insorto e diagnosticato all'Assicurato decorsi 90 giorni dalla data di decorrenza della Polizza e a condizione che siano già stati effettuati gli accertamenti di cui alla garanzia Check-up specialistico, compresa l'Epiluminescenza prevista dalla presente garanzia (in caso contrario, la garanzia decorre dalla data di effettuazione del Check-up specialistico); ▪ la patologia non risulti già insorta al momento dell'effettuazione del suddetto Check-up specialistico o degli ulteriori accertamenti resi opportuni dai risultati del check-up stesso; ▪ la diagnosi di tumore maligno sia confermata da referto istopatologico. <p>La Somma assicurata può essere corrisposta una sola volta per anno assicurativo e, in caso di liquidazione del capitale, la presente garanzia resta operante per gli anni successivi per l'Assicurato, per eventuali ulteriori diagnosi di tumore maligno dermatologico, purchè non correlato, in quanto istologicamente differente, a quello già oggetto di Indennizzo.</p>

 Che cosa NON è assicurato?	
<p>Rischi esclusi per tutte le garanzie</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>

 Ci sono limiti di copertura?	
---	--

<p>I limiti di copertura validi per tutte le garanzie (validi per le Soluzioni “Essential”, “Plus”, “Premium” o “Top”)</p>	<p>La copertura assicurativa non è operante per le malattie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) che siano espressione o conseguenza di condizioni patologiche pregresse insorte anteriormente alla decorrenza della copertura assicurativa e già note in quel momento all’Assicurato in quanto già diagnosticate o curate; b) da disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi; c) causate da abuso clinicamente accertato di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco; d) correlate alla infezione da HIV e dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); e) derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche.
---	--

 <p>Che obblighi ho? Quali obblighi ha l’Impresa?</p>	
<p>Cosa fare in caso di sinistro?</p>	<p>Denuncia di sinistro – Garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno Nel caso in cui venga diagnosticato all’Assicurato un tumore maligno, il Contraente, l’Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia formale, entro 15 giorni dalla data di diagnosi della Malattia o dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità. L’inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all’Indennizzo, ai sensi dell’art. 1915 codice civile. La denuncia può essere presentata mediante uno dei seguenti canali messi a sua disposizione dall’Impresa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ accedendo alla propria Area Personale dal sito www.allianz.it o tramite l’App AllianzNOW e inviando la denuncia di Sinistro unitamente alla documentazione medica necessaria ad una corretta valutazione della posizione; ▪ tramite il proprio Intermediario Assicurativo. <p>Per la corretta denuncia del Sinistro è necessario presentare la seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ copia della documentazione sanitaria attestante l’accertamento della patologia denunciata; ▪ copia degli esami clinici, radiologici, istologici, nonchè ogni altra prestazione effettuata ai fini della diagnosi della patologia. <p>Inoltre, ai fini di una corretta valutazione del Sinistro e della verifica della documentazione presentata, se richiesto espressamente dall’Impresa, l’Assicurato deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ produrre eventuale ed ulteriore documentazione medica richiesta che risultasse necessaria alla identificazione della patologia; ▪ consentire eventuali controlli medici disposti dall’Impresa e fornire a quest’ultima ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l’hanno visitato e curato. <p>Resta inteso che l’Impresa si riserva la facoltà di richiedere all’Assicurato, in qualsiasi momento, gli originali della documentazione medica prodotta, al fine di verificare che le copie siano conformi agli stessi. Gli originali dovranno, in ogni caso, essere consegnati all’Impresa per esigenze legate ad un contenzioso o a seguito di richiesta delle Autorità Competenti. L’Impresa provvederà a proprie spese alla restituzione degli originali, una volta cessata l’esigenza di trattenerli. Resta inteso che le spese di cura e quelle relative alla produzione della documentazione medica sono a carico dell’Assicurato.</p>
	<p>Assistenza diretta / in convenzione</p> <p>Check-up specialistico Per prenotare ed accedere al pacchetto di prevenzione previsto dal Check-up specialistico e richiamato nella Scheda di Polizza, il Contraente, l’Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve richiedere la preventiva autorizzazione alla Centrale Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ contattando il Numero Verde 800 686868 (per chiamate dall’estero: +39 02 26609167), attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 19.00 ed il sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00; ▪ accedendo alla propria Area Personale dal sito www.allianz.it o tramite l’App AllianzNOW.

La Centrale Operativa, verificata la posizione amministrativa dell'Assicurato, indica la Struttura sanitaria convenzionata presso la quale l'Assicurato può effettuare il Check-up specialistico e provvede entro un arco temporale massimo di 10 giorni lavorativi a confermare la data di prenotazione.

Per garantire una corretta organizzazione del Check-up e promuoverne le finalità di prevenzione, la Centrale Operativa può anche contattare direttamente l'Assicurato per conoscere in tempo utile le sue preferenze in termini di date di disponibilità e dar seguito alla prenotazione del pacchetto di prevenzione.

In ogni caso l'accesso alle prestazioni previste dal Check-up specialistico è **sempre subordinato alla prenotazione ed autorizzazione preventiva** rilasciata dalla Centrale Operativa, presso la Struttura sanitaria convenzionata indicata dalla Centrale Operativa stessa.

Una volta ottenuta l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa, l'Assicurato deve presentare alla Struttura sanitaria:

- un documento comprovante la propria identità;
- eventuali prescrizioni mediche richieste dalla Struttura sanitaria e necessarie per poter effettuare uno o più degli accertamenti previsti dal pacchetto di prevenzione operante per l'Assicurato e richiamato nella Scheda di Polizza.

L'Assicurato deve inoltre sottoscrivere il Modulo di Autorizzazione alla Presa in Carico, fornitogli dalla Struttura sanitaria con cui l'Assicurato stesso:

- autorizza al Trattamento dei dati personali, ai sensi della vigente normativa in tema di Privacy;
- autorizza l'acquisizione, da parte dell'Impresa, degli esiti degli accertamenti effettuati.

Garanzia Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up

Nel caso in cui, a seguito degli accertamenti di cui al Check-up specialistico, sia necessario effettuare ulteriori Accertamenti di approfondimento diagnostico, **il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve** preventivamente contattare la Centrale Operativa per ottenere la prenotazione ed autorizzazione alla effettuazione degli Accertamenti diagnostici, eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata.

Per l'accesso alle prestazioni con pagamento diretto è **necessario** presentare la seguente documentazione:

- copia della prescrizione medica contenente gli Accertamenti diagnostici richiesti e il relativo quesito diagnostico;
- copia di tutta la documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni precedentemente effettuate e che siano connesse al medesimo evento.

La Centrale Operativa indica la Struttura sanitaria convenzionata presso la quale l'Assicurato può effettuare gli Accertamenti diagnostici e provvede entro un arco temporale massimo di 10 giorni lavorativi a confermare la data di prenotazione.

L'accesso agli Accertamenti diagnostici in forma diretta è **in ogni caso sempre subordinato alla prenotazione ed autorizzazione preventiva** rilasciata dalla Centrale Operativa presso la Struttura sanitaria convenzionata indicata dalla Centrale Operativa stessa, nei limiti della Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza.

Una volta ottenuta l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa, **l'Assicurato deve** presentare alla Struttura sanitaria prescelta, un documento comprovante la propria identità, nonché la prescrizione del medico curante contenente il quesito diagnostico e le prestazioni richieste.

L'Assicurato deve inoltre sottoscrivere il Modulo di Autorizzazione alla Presa in Carico, fornitogli dalla Struttura sanitaria, con cui l'Assicurato stesso:

- autorizza al Trattamento dei dati personali, ai sensi della vigente normativa in tema di Privacy;
- autorizza l'acquisizione, da parte dell'Impresa, degli esiti degli accertamenti effettuati;
- si impegna a versare alla Struttura sanitaria gli eventuali importi di spesa che restano a suo carico in quanto non previsti dalla copertura.

Limitatamente alla Soluzione Top, se operante per l'Assicurato e richiamata nella Scheda di Polizza, per ottenere il rimborso delle spese sostenute per Accertamenti diagnostici effettuati in strutture sanitarie non convenzionate, **il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve** presentare denuncia formale, entro 15 giorni dalla data di effettuazione delle

	<p>prestazioni, utilizzando i medesimi canali previsti per la garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno.</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 la corretta denuncia del Sinistro in forma rimborsuale è necessario presentare la seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ copia della prescrizione medica contenente gli Accertamenti diagnostici richiesti e il relativo quesito diagnostico; ▪ copia della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte, ricevute, altro) debitamente quietanzate e fiscalmente regolari; ▪ copia di tutta la documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni precedentemente effettuate e che siano connesse al medesimo evento. <p>Circuito convenzionato Allianz</p> <p>Il contratto prevede, il servizio di pagamento diretto; se attivato l'Impresa provvede al pagamento delle spese previste dalla copertura assicurativa e sostenute dall'Assicurato, direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata.</p>
	<p>Prescrizione</p> <p>I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 2 anni.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti (ad esempio la dichiarazione inesatta o reticente relativa a una delle affezioni indicate in polizza come "non assicurabili") o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio (ad esempio la mancata comunicazione, in corso di contratto, della sopravvenienza di una delle affezioni indicate in polizza come "non assicurabili" – come ad esempio alcolismo o tossicodipendenza), possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione</p>
<p>Obblighi dell'Impresa</p>	<p>Termini di indennizzo</p> <p>L'Impresa determina l'Indennizzo che risulta dovuto dopo aver ricevuto la necessaria documentazione ed aver effettuato gli accertamenti del caso, dandone comunicazione all'Assicurato mediante avviso ed inserimento della relativa comunicazione all'interno dell'area riservata dell'Assicurato stesso.</p> <p>Fatti salvi i casi in cui la valutazione risulti particolarmente complessa o sia stato richiesto all'Assicurato di sottoporsi ad accertamenti medici da parte dell'Impresa, quest'ultima provvede al pagamento dell'Indennizzo dovuto entro 20 giorni dalla ricezione della denuncia e della documentazione sanitaria completa.</p> <p>Entro gli stessi termini su indicati l'Impresa comunica anche eventuali circostanze ostative alla corresponsione dell'Indennizzo.</p>

 Quando e come devo pagare?	
<p>Premio</p>	<p>Adeguamento del premio (valido ed operante solo se espressamente richiamato nella Scheda di Polizza)</p> <p>Le Somme assicurate, i Limiti d'indennizzo (non espressi in percentuale) e il Premio, previsti nella Scheda di Polizza, sono aumentati del 2,5% ad ogni rinnovo annuale o, in alternativa, della percentuale - solo se superiore - calcolata rapportando l'“indice di riferimento annuale” rappresentato dalla media ponderata dei numeri indice “onorari specialisti”, “accertamenti diagnostici” e “retta clinica” rilevati dall'Istituto Centrale di Statistica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ relativo al mese di marzo dell'anno precedente quello di scadenza della rata annuale di Premio se detta scadenza cade nel primo semestre; ▪ relativo al mese di settembre dell'anno precedente quello di scadenza della rata annuale di Premio se detta scadenza cade nel secondo semestre <p>a quello immediatamente precedente. Se il suddetto indice non è disponibile, l'Impresa può utilizzare un indice equivalente ma deve avvisare il Contraente.</p> <p>Si precisa che sono esclusi da tale adeguamento gli Scoperti e le Franchigie eventualmente previsti ed indicati nella suddetta Scheda di Polizza.</p>

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>Periodo di carenza della copertura assicurativa La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ del giorno di decorrenza della copertura assicurativa per il Check-up specialistico e per la garanzia Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up; ▪ del 90° giorno di decorrenza della copertura assicurativa per la garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno e per la garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno dermatologico, se operante per l'Assicurato e richiamata nella Scheda di Polizza, a condizione che sia stato effettuato il check-up entro i 90 giorni. In caso contrario, la copertura decorre dalla data di effettuazione del check-up. <p>Si precisa che, in caso di esito positivo agli accertamenti previsti dal Check-up specialistico, la garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno e la garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno dermatologico, se operante per l'Assicurato e richiamata nella Scheda di Polizza, non operano con riferimento ai tumori già insorti al momento dell'effettuazione del Check-up specialistico, in quanto rientranti nel periodo di carenza sopra indicato.</p> <p>Se l'Assicurato risultava coperto, senza soluzione di continuità, fino alla data di sottoscrizione del contratto, con altra precedente copertura assicurativa con l'Impresa, riguardante le stesse garanzie, gli anzidetti termini operano dalle ore 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ del giorno di decorrenza della precedente copertura assicurativa per le garanzie e le Somme assicurate dalla stessa; ▪ del giorno di decorrenza di questa copertura assicurativa limitatamente alle diverse garanzie e alle maggiori somme eventualmente assicurate.
Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

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

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>Il prodotto è rivolto a chi vuole tutelare se stesso e/o i suoi familiari con un sostegno economico in caso di diagnosi di un tumore maligno. Non è consentita la possibilità di accedere al prodotto per persone di età superiore ai 60 anni.</p> <p>Il prodotto offre livelli di protezione crescenti in base alle 4 Soluzioni, alternative tra loro e di seguito indicate:</p> <p>Soluzione Essential: comprensiva della prestazione Check-up specialistico, della garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno, con una somma assicurata di 10.000,00 euro per anno assicurativo e della garanzia Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up.</p> <p>Soluzione Plus: comprensiva delle prestazioni di cui alla Soluzione Essential, con una somma assicurata di 30.000,00 euro per anno assicurativo per la garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno.</p> <p>Soluzione Premium: comprensiva delle prestazioni di cui alla Soluzione Plus, con una somma assicurata di 50.000,00 euro per anno assicurativo per la garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno.</p> <p>Soluzione Top: comprensiva delle prestazioni di cui alla Soluzione Premium, con una somma assicurata fino a 100.000,00 euro per anno assicurativo per la garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno.</p>	

--



Quali costi devo sostenere?

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

COME PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • con lettera inviata ad Allianz S.p.A. - Pronto Allianz Servizio Clienti - Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano; • tramite il sito internet dell'Impresa - www.allianz.it - accedendo alla sezione Reclami. <p>L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.</p> <p>Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori, il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.</p> <p>I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari bancari e dei broker e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'Impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati.</p> <p>Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire ad Allianz S.p.A. la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it, Info su: www.ivass.it corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte dell'Impresa. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf.</p> <p>Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER I CONSUMATORI - RECLAMI - Guida", nonché sul sito dell'Impresa www.allianz.it alla Sezione "Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS.</p> <p>I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:</p> <ul style="list-style-type: none"> -nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; -individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; -breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; -copia del reclamo presentato all'Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; - ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. <p>Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
Mediazione (obbligatoria)	<p>Può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013 n.98).</p>
Negoziazione assistita	<p>Può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria.</p>

Risoluzione delle liti transfrontaliere

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

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

Assicurazione contro i danni

Allianz Protezione Oncologica

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Edizione 282 - 03/11/2020

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

Allianz 

Servizio Clienti



Glossario

Per facilitare la comprensione delle regole contrattuali contenute nel presente Set Informativo, il Glossario raccoglie i termini più importanti, ricorrenti o di particolare difficoltà, spiegati nel loro significato.

I termini riportati nel "Glossario" sono riconoscibili nelle Condizioni di assicurazione in quanto indicati con la lettera iniziale maiuscola.

Accertamenti diagnostici: le prestazioni mediche strumentali atte a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una Malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

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

Carenza: il periodo di tempo che intercorre fra la data di stipulazione della presente copertura assicurativa e l'effetto della stessa.

Centrale Operativa: la struttura di Allianz S.p.A. costituita da operatori, medici, professionisti sanitari e tecnici che con linea telefonica "verde" provvede a:

- organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate;
- fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sulle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogati.

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

Impresa: Allianz S.p.A.

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

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

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

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

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

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

Soluzione: una delle quattro combinazioni di garanzie (Essential, Plus, Premium e Top), alternative tra loro, che compongono la copertura assicurativa.

Somma assicurata: l'importo che rappresenta il massimo esborso dell'Impresa, 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, gli Ospizi per anziani, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Struttura sanitaria convenzionata: ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera come sopra definite ed ogni centro diagnostico e centro medico facente parte del circuito convenzionato dall'Impresa e dedicato alla presente copertura assicurativa.

Condizioni di assicurazione

Indice

1. INTRODUZIONE	3
2. CHE COSA E' ASSICURATO	3
3. CHE COSA NON E' ASSICURATO	5
4. LIMITI DI COPERTURA	6
5. VALIDITA' TERRITORIALE DELLA COPERTURA	6
6. OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI SINISTRO	6
7. PREMIO	8
8. DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA, DISDETTA E RECESSO	9
9. ULTERIORI DISPOSIZIONI	10

Condizioni di assicurazione

1. INTRODUZIONE

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

Art. 1.1 - La presente copertura assicurativa e le relative Soluzioni

La copertura assicurativa "**Allianz Protezione Oncologica**" è costituita da quattro differenti Soluzioni, alternative fra loro, composte dalle seguenti combinazioni di prestazioni crescenti:

- **Essential**: comprensiva della prestazione Check-up specialistico, della garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno, con una Somma assicurata di 10.000,00 euro per anno assicurativo e della garanzia Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up;
- **Plus**: comprensiva delle prestazioni di cui alla Soluzione Essential, con una Somma assicurata di 30.000,00 euro per anno assicurativo per la garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno;
- **Premium**: comprensiva delle prestazioni di cui alla Soluzione Plus, con una Somma assicurata di 50.000,00 euro per anno assicurativo per la garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno;
- **Top**: comprensiva delle prestazioni di cui alla Soluzione Premium, con una Somma assicurata fino a 100.000,00 euro per anno assicurativo per la garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno.

Le Soluzioni "Plus", "Premium" e "Top" possono essere arricchite, con pagamento del relativo Premio, dalla garanzia aggiuntiva Tumori maligni dermatologici.

2. CHE COSA E' ASSICURATO

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

La copertura assicurativa è prestata a favore dell'Assicurato ed è **operante per le Somme assicurate riportate nella Scheda di Polizza.**

Art. 2.1 - Cosa assicuriamo

La copertura assicurativa prevede prestazioni di prevenzione oncologica, differenziate per uomo e donna e in base all'età dell'Assicurato, e garanzie che coprono il rischio oncologico, in relazione ai casi descritti nei successivi articoli 2.2 "Le garanzie base" e 2.3 "La garanzia aggiuntiva".

Art. 2.2 - Le garanzie base

In base alla Soluzione "Essential", "Plus", "Premium" o "Top" scelta per l'Assicurato e **indicata nella Scheda di Polizza**, sono operanti le prestazioni riportate negli articoli che seguono.

(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")

Art. 2.2.1 - Check-up specialistico

Prevede i seguenti pacchetti di prevenzione, relativi alle più frequenti tipologie tumorali attualmente presenti, differenziati tra uomo e donna e in base all'età dell'Assicurato:

Pacchetto Uomo under 45 anni

- Ecografia addome completa
- PSA
- PSA free
- RX Polmoni
- Feci, ricerca sangue occulto (qualsiasi metodica)
- Analisi Urine
- Emocromo completo

Pacchetto Uomo over 45 anni

- Ecografia addome completa
- PSA
- PSA free
- TAC spirale
- Feci, ricerca sangue occulto (qualsiasi metodica)
- Analisi Urine
- Emocromo completo

Pacchetto Donna under 45 anni

Condizioni di assicurazione

- Ecografia addome completa
- PAP Test
- Ecografia mammaria
- Eco tiroide
- Analisi Urine
- Feci, ricerca sangue occulto (qualsiasi metodica)
- Emocromo completo

Pacchetto Donna over 45 anni

- Ecografia addome completa
- PAP Test
- Mammografia bilaterale
- Analisi Urine
- Feci, ricerca sangue occulto (qualsiasi metodica)
- Emocromo completo

Il pacchetto di prevenzione oncologica operante per l'Assicurato e richiamato nella Scheda di Polizza, **deve essere effettuato** nel corso del primo anno di copertura ed **esclusivamente** presso una Struttura sanitaria convenzionata, contattando preventivamente la Centrale Operativa per la relativa prenotazione, senza alcun costo per l'Assicurato.

Non saranno prese in considerazione richieste di rimborso per accertamenti effettuati e pagati dall'Assicurato senza preventiva autorizzazione della Centrale Operativa.

Per poter effettuare alcuni degli accertamenti previsti dai pacchetti di prevenzione (ecografie, RX Polmoni e TAC spirale) potrebbe essere necessario presentare alla Struttura sanitaria convenzionata le relative prescrizioni mediche.

Si precisa che, come disciplinato all'articoli 2.2.2 "Capitale alla diagnosi di tumore maligno", in caso di esito positivo agli accertamenti previsti dal Check-up specialistico, **la garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno non opera con riferimento ai tumori già insorti al momento dell'effettuazione del Check-up specialistico.**

Art. 2.2.1.1 - Acquisizione e valutazione del Check-up specialistico

Gli esiti degli accertamenti di cui al precedente articolo 2.2.1 "Check-up specialistico", sono acquisiti dall'Impresa e messi a disposizione dell'Assicurato tramite la Struttura sanitaria convenzionata che ha erogato le prestazioni. L'Assicurato ha, inoltre, la possibilità di contattare la Centrale Operativa per richiedere una valutazione complessiva degli esiti del Check-up specialistico effettuato.

Ferma restando l'opportunità di rivolgersi al proprio medico curante per una valutazione del quadro diagnostico, l'Impresa mette a disposizione dell'Assicurato un medico presso una delle strutture sanitarie convenzionate per una valutazione ulteriore e per effettuare gli ulteriori Accertamenti diagnostici ritenuti dallo stesso necessari a completare il quadro clinico. Solo per le spese relative a questi ulteriori Accertamenti diagnostici, sarà attivata la garanzia Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up, con le modalità indicate nella medesima garanzia.

(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")

Art. 2.2.2 - Capitale alla diagnosi di tumore maligno

L'Impresa riconosce il pagamento della Somma assicurata, indicata nella Scheda di Polizza per l'Assicurato, in caso di diagnosi di tumore maligno.

Ai fini dell'operatività della presente garanzia, per tumore maligno si intende il tumore caratterizzato da crescita incontrollata e da diffusione di cellule maligne con invasione dei tessuti sani (compresi quelli in situ) **con esclusione** di tutti i tumori dermatologici.

Il capitale per tumore maligno viene riconosciuto **a condizione che:**

- sia insorto e diagnosticato all'Assicurato decorsi 90 giorni dalla data di decorrenza della Polizza e a condizione che siano già stati effettuati gli accertamenti di cui all'articolo 2.2.1 "Check-up specialistico" (in caso contrario, la garanzia decorre dalla data di effettuazione del Check-up specialistico);
- la patologia non risulti già insorta al momento dell'effettuazione del Check-up specialistico previsto dalla Scheda di Polizza per l'Assicurato o degli ulteriori accertamenti resi opportuni dai risultati del check-up specialistico;
- la diagnosi di tumore maligno sia confermata da referto istopatologico.

La Somma assicurata può essere corrisposta una sola volta per anno assicurativo e, in caso di liquidazione del capitale, la presente garanzia resta operante per gli anni successivi per l'Assicurato, per eventuali ulteriori diagnosi di tumore maligno, **purchè non correlato**, in quanto istologicamente differente, a quello già oggetto di Indennizzo.

(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")

Art. 2.2.3 - Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up

L'Impresa riconosce, le spese sostenute dall'Assicurato per Accertamenti diagnostici resi necessari a seguito del Check-up specialistico, nel caso in cui dai referti si evinca la necessità di effettuare ulteriori accertamenti di approfondimento finalizzati alla diagnosi certa.

Condizioni di assicurazione

Tali spese vengono riconosciute all'Assicurato **con il limite per anno assicurativo** della Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza, **per Accertamenti diagnostici effettuati** presso la Struttura sanitaria convenzionata indicata dalla Centrale Operativa, preventivamente contattata, per la relativa prenotazione, con pagamento diretto da parte dell'Impresa alla Struttura sanitaria convenzionata stessa.

Si precisa inoltre che gli esiti di tali ulteriori accertamenti, sono acquisiti dall'Impresa e messi a disposizione dell'Assicurato tramite la Struttura sanitaria convenzionata che ha erogato le prestazioni.

Limitatamente alla Soluzione Top, se operante per l'Assicurato e richiamata nella Scheda di Polizza, l'impresa rimborsa all'Assicurato, **con il limite per anno assicurativo della Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza**, le spese sostenute per gli Accertamenti diagnostici resi necessari a seguito del Check-up ed effettuati presso strutture sanitarie non convenzionate.

Gli esiti di tali ulteriori accertamenti, effettuati in strutture sanitarie non convenzionate, saranno inviati dall'Assicurato all'Impresa.

Art. 2.3 - La garanzia aggiuntiva

La seguente garanzia aggiuntiva può essere attivata dal Contraente, con il pagamento di un premio aggiuntivo, solo nell'ambito delle Soluzioni espressamente indicate ed è operante **solo se richiamata** nella Scheda di Polizza per l'Assicurato.

(Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")

Art. 2.3.1 - Tumori maligni dermatologici

La garanzia prevede, in aggiunta al pacchetto di accertamenti operante per l'Assicurato e richiamato nella Scheda di Polizza per il Check-up specialistico, un esame diagnostico di Epiluminescenza, da effettuarsi con le modalità previste nell'articolo 2.2.1 "Check-up specialistico".

L'Impresa riconosce, inoltre, un Capitale alla diagnosi di tumore maligno dermatologico pari alla Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza.

Ai fini dell'operatività della presente garanzia, per tumori maligni dermatologici si intendono i tumori della pelle caratterizzati da una crescita incontrollata e da una diffusione di cellule maligne con invasione dei tessuti sani (compresi quelli in situ).

Il capitale per tumore maligno dermatologico viene riconosciuto **a condizione che**:

- sia insorto e diagnosticato all'Assicurato decorsi 90 giorni dalla data di decorrenza della Polizza e a condizione che siano già stati effettuati gli accertamenti di cui all'articolo 2.2.1 "Check-up specialistico", compresa l'Epiluminescenza prevista dalla presente garanzia (in caso contrario, la garanzia decorre dalla data di effettuazione del Check-up specialistico);
- la patologia non risulti già insorta al momento dell'effettuazione del suddetto Check-up specialistico o degli ulteriori accertamenti resisi opportuni dai risultati del check-up stesso;
- la diagnosi di tumore maligno sia confermata da referto istopatologico.

La Somma assicurata può essere corrisposta una sola volta per anno assicurativo e, in caso di liquidazione del capitale, la presente garanzia resta operante per gli anni successivi per l'Assicurato, per eventuali ulteriori diagnosi di tumore maligno, **purchè non correlato**, in quanto istologicamente differente, a quello già oggetto di Indennizzo.

3. CHE COSA NON E' ASSICURATO

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

(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")

Art. 3.1 - Persone non assicurabili

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

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

Qualora una o più delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso del contratto, quest'ultimo cessa con effetto immediato ai sensi dell'art. 1898 codice civile.

(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")

Art. 3.2 - Rischi esclusi per tutte le garanzie

La copertura assicurativa non è operante per le malattie:

- a) derivanti 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;
- b) direttamente o indirettamente derivanti da reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate;

Condizioni di assicurazione

c) causate da partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato.

4. LIMITI DI COPERTURA

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

(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")

Art. 4.1 - Limiti di copertura per tutte le garanzie

La copertura assicurativa non è operante per le malattie:

- che siano espressione o conseguenza di condizioni patologiche pregresse insorte anteriormente alla decorrenza della copertura assicurativa e già note in quel momento all'Assicurato in quanto già diagnosticate o curate;
- da disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi;
- causate da abuso clinicamente accertato di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
- correlate alla infezione da HIV e dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche.

5. VALIDITA' TERRITORIALE DELLA COPERTURA

Art. 5.1 - Validità territoriale

La copertura assicurativa è valida in tutto il mondo.

6. OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI SINISTRO

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

(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")

Art. 6.1 - Obblighi per il Check-up specialistico

Per prenotare ed accedere al pacchetto di prevenzione previsto dall'articolo 2.2.1 "Check-up specialistico" e richiamato nella Scheda di Polizza, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, **deve richiedere la preventiva autorizzazione** alla Centrale Operativa:

- contattando il Numero Verde 800 686868 (per chiamate dall'estero: +39 02 26609167), attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 19.00 ed il sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00;
- accedendo alla propria Area Personale dal sito www.allianz.it o tramite l'App AllianzNOW.

La Centrale Operativa, verificata la posizione amministrativa dell'Assicurato, indica la Struttura sanitaria convenzionata presso la quale l'Assicurato può effettuare il Check-up specialistico e provvede entro un arco temporale massimo di 10 giorni lavorativi a confermare la data di prenotazione.

Per garantire una corretta organizzazione del Check-up e promuoverne le finalità di prevenzione, la Centrale Operativa può anche contattare direttamente l'Assicurato per conoscere in tempo utile le sue preferenze in termini di date di disponibilità e dar seguito alla prenotazione del pacchetto di prevenzione.

In ogni caso l'accesso alle prestazioni previste dal Check-up specialistico è **sempre subordinato alla prenotazione ed autorizzazione preventiva** rilasciata dalla Centrale Operativa, presso la Struttura sanitaria convenzionata indicata dalla Centrale Operativa stessa.

Una volta ottenuta l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa, **l'Assicurato deve** presentare alla Struttura sanitaria:

- un documento comprovante la propria identità;
- eventuali prescrizioni mediche richieste dalla Struttura sanitaria e necessarie per poter effettuare uno o più degli accertamenti previsti dal pacchetto di prevenzione operante per l'Assicurato e richiamato nella Scheda di Polizza.

L'Assicurato deve inoltre sottoscrivere il Modulo di Autorizzazione alla Presa in Carico, fornitogli dalla Struttura sanitaria con cui l'Assicurato stesso:

- autorizza al Trattamento dei dati personali, ai sensi della vigente normativa in tema di Privacy;
- autorizza l'acquisizione, da parte dell'Impresa, degli esiti degli accertamenti effettuati.

Relativamente all'acquisizione e valutazione degli esiti del Check-up specialistico effettuato dall'Assicurato resta fermo quanto disciplinato all'articolo 2.2.1.1 "Acquisizione e valutazione del Check-up specialistico".

Condizioni di assicurazione

(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")

Art. 6.2 - Obblighi per la garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno

Nel caso in cui venga diagnosticato all'Assicurato un tumore maligno, come definito all'articolo 2.2.2 "Capitale alla diagnosi di tumore maligno", il **Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve** presentare denuncia formale, entro 15 giorni dalla data di diagnosi della Malattia o dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità. **L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")

Art. 6.3 - Obblighi per la garanzia Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up

Nel caso in cui, a seguito degli accertamenti di cui all'articolo 2.2.1 "Check-up specialistico", sia necessario effettuare ulteriori accertamenti di approfondimento diagnostico, il **Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve** preventivamente contattare la Centrale Operativa per ottenere la prenotazione ed autorizzazione alla effettuazione degli Accertamenti diagnostici, eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata, utilizzando i medesimi canali previsti all'articolo 6.1 "Obblighi per il Check-up specialistico".

Per l'accesso alle prestazioni con pagamento diretto è **necessario** presentare la seguente documentazione:

- copia della prescrizione medica contenente gli Accertamenti diagnostici richiesti e il relativo quesito diagnostico;
- copia di tutta la documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni precedentemente effettuate e che siano connesse al medesimo evento.

La Centrale Operativa indica la Struttura sanitaria convenzionata presso la quale l'Assicurato può effettuare gli Accertamenti diagnostici e provvede entro un arco temporale massimo di 10 giorni lavorativi a confermare la data di prenotazione.

L'accesso agli Accertamenti diagnostici in forma diretta è **in ogni caso sempre subordinato alla prenotazione ed autorizzazione preventiva** rilasciata dalla Centrale Operativa presso la Struttura sanitaria convenzionata indicata dalla Centrale Operativa stessa, nei limiti della Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza.

Una volta ottenuta l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa, **l'Assicurato deve** presentare alla Struttura sanitaria prescelta, un documento comprovante la propria identità, nonché la prescrizione del medico curante contenente il quesito diagnostico e le prestazioni richieste.

L'Assicurato deve inoltre sottoscrivere il Modulo di Autorizzazione alla Presa in Carico, fornitogli dalla Struttura sanitaria, con cui l'Assicurato stesso:

- autorizza al Trattamento dei dati personali, ai sensi della vigente normativa in tema di Privacy;
- autorizza l'acquisizione, da parte dell'Impresa, degli esiti degli accertamenti effettuati;
- si impegna a versare alla Struttura sanitaria gli eventuali importi di spesa che restano a suo carico in quanto non previsti dalla copertura.

Limitatamente alla Soluzione Top, se operante per l'Assicurato e richiamata nella Scheda di Polizza, per ottenere il rimborso delle spese sostenute per Accertamenti diagnostici effettuati in strutture sanitarie non convenzionate, il **Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve** presentare denuncia formale, entro 15 giorni dalla data di effettuazione delle prestazioni, utilizzando i medesimi canali previsti all'articolo 6.2 "Obblighi per la garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno".

Condizioni di assicurazione

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

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

- copia della prescrizione medica contenente gli Accertamenti diagnostici richiesti e il relativo quesito diagnostico;
- copia della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte, ricevute, altro) debitamente quietanzate e fiscalmente regolari;
- copia di tutta la documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni precedentemente effettuate e che siano connesse al medesimo evento.

(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")

Art. 6.4 - Termini per l'indennizzo

L'Impresa determina l'Indennizzo che risulta dovuto dopo aver ricevuto la necessaria documentazione ed aver effettuato gli accertamenti del caso, dandone comunicazione all'Assicurato mediante avviso ed inserimento della relativa comunicazione all'interno dell'area riservata dell'Assicurato stesso.

Fatti salvi i casi in cui la valutazione risulti particolarmente complessa o sia stato richiesto all'Assicurato di sottoporsi ad accertamenti medici da parte dell'Impresa, quest'ultima provvede al pagamento dell'Indennizzo dovuto entro 20 giorni dalla ricezione della denuncia e della documentazione sanitaria completa.

Entro gli stessi termini su indicati l'Impresa comunica anche eventuali circostanze ostative alla corresponsione dell'Indennizzo.

L'Assicurato deve in ogni caso consentire eventuali controlli medici disposti dall'Impresa e fornire alla stessa ogni informazione e documentazione sanitaria attinente alla patologia denunciata, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Nel caso in cui, prima della corresponsione dell'Indennizzo, sopravvenga la morte dell'Assicurato, **il Contraente** - se diverso dall'Assicurato - **o i suoi eredi legittimi devono darne immediato avviso all'Impresa** e gli adempimenti di cui sopra dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")

Art. 6.5 - Procedura per la valutazione del danno

L'indennizzabilità del danno è valutata direttamente dall'Impresa anche a seguito di eventuale valutazione medica.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")

Art. 6.6 - Obbligo di restituzione degli indennizzi erogati per spese non dovute

In caso di pagamenti effettuati direttamente a Strutture sanitarie convenzionate che, successivamente, dovessero risultare per qualsiasi motivo non dovuti a termini delle Condizioni di assicurazione, l'Impresa si riserva il diritto di richiedere al Contraente e/o all'Assicurato la restituzione di tali somme e questi sono obbligati a rimborsare quanto dovuto all'Impresa.

7. PREMIO

Art. 7.1 - Pagamento del premio

Il Premio **deve** essere pagato al momento della sottoscrizione del contratto.

Condizioni di assicurazione

Il Premio può essere pagato tramite:

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

Il Premio è comprensivo delle imposte.

(Valido ed operante solo se espressamente richiamato nella Scheda di Polizza)

Art. 7.2 - Adeguamento automatico annuale

Le Somme assicurate, i Limiti d'indennizzo (non espressi in percentuale) e il **Premio**, previsti nella Scheda di Polizza, **sono aumentati del 2,5% ad ogni rinnovo annuale o, in alternativa**, della percentuale - **solo se superiore - calcolata rapportando l'"indice di riferimento annuale" rappresentato dalla media ponderata dei numeri indice "onorari specialisti", "accertamenti diagnostici" e "retta clinica" rilevati dall'Istituto Centrale di Statistica:**

- relativo al mese di marzo dell'anno precedente quello di scadenza della rata annuale di Premio se detta scadenza cade nel primo semestre;
- relativo al mese di settembre dell'anno precedente quello di scadenza della rata annuale di Premio se detta scadenza cade nel secondo semestre

a quello immediatamente precedente. **Se il suddetto indice non è disponibile, l'Impresa può utilizzare un indice equivalente** ma deve avvisare il Contraente.

Si precisa che sono esclusi da tale adeguamento gli Scoperti e le Franchigie eventualmente previsti ed indicati nella suddetta Scheda di Polizza.

Art. 7.3 - Riduzione di premio per durata poliennale

La copertura assicurativa ha durata triennale e il Premio è stato determinato, secondo quanto previsto dall'art. 1899 codice civile, in misura ridotta, indicata nella Scheda di Polizza, rispetto a quello dovuto per questo stesso tipo di copertura nell'ipotesi in cui avesse durata annuale.

(Valido solo in caso di pagamento del Premio in un'unica soluzione)

Art. 7.4 - Pagamento del premio in un'unica soluzione

La copertura assicurativa ha durata triennale e il Premio, a parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 8.1 "Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del premio", è stato pagato in un'unica soluzione e si riferisce all'intera durata della copertura assicurativa indicata nella Scheda di Polizza.

8. DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA, DISDETTA E RECESSO

Art. 8.1 - Durata e proroga della copertura assicurativa

La copertura assicurativa ha durata triennale e cessa alle ore 24 del giorno della scadenza indicata nella Scheda di Polizza, senza necessità di invio di disdetta. In tal caso non si applica il periodo di tolleranza successivo alla scadenza previsto dall'art. 1901 codice civile.

Trattandosi di copertura triennale con riduzione di premio per poliennalità di cui all'art. 1899 codice civile, **non è prevista la facoltà di recesso dal contratto prima della scadenza** indicata nella Scheda di Polizza.

Art. 8.2 - Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del premio

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

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la copertura assicurativa oppure all'Impresa e sono dovuti per intero anche se sono frazionati in più rate. **Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successivi, la copertura assicurativa, a parziale deroga della disciplina dell'art. 1901 codice civile, resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento**, fermi le successive scadenze e il diritto dell'Impresa al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 codice civile.

Art. 8.3 - Periodo di carenza

Fermo quanto previsto all'articolo 8.1 "Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del premio", **la copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24:**

- del **giorno** di decorrenza della copertura assicurativa per il Check-up specialistico e per la garanzia Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up;
- del **90° giorno** di decorrenza della copertura assicurativa per la garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno e per la garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno dermatologico, se operante per l'Assicurato e richiamata nella Scheda di Polizza, a condizione che sia stato effettuato il check-up previsto dall'articolo 2.2.1 "Check-up specialistico" entro i 90 giorni. In caso contrario, la copertura decorre dalla data di effettuazione del check-up.

Condizioni di assicurazione

Si precisa che, in caso di esito positivo agli accertamenti previsti dal Check-up specialistico, la **garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno e la garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno dermatologico**, se operante per l'Assicurato e richiamata nella Scheda di Polizza, **non operano con riferimento ai tumori già insorti al momento dell'effettuazione del Check-up specialistico**, in quanto rientranti nel periodo di carenza sopra indicato.

Se l'Assicurato risultava coperto, senza soluzione di continuità, fino alla data di sottoscrizione del contratto, con altra precedente copertura assicurativa con l'Impresa, riguardante le stesse garanzie, gli anzidetti termini operano dalle ore 24:

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

9. ULTERIORI DISPOSIZIONI

Art. 9.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 9.2 - Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 9.3 - Altre coperture assicurative presso altri assicuratori

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

Art. 9.4 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio.

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

A parziale deroga di quanto disposto all'art. 1898 codice civile in materia di aggravamento del rischio, lo stesso non trova applicazione relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto.

Art. 9.5 - Diminuzione del rischio

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

Art. 9.6 - Oneri fiscali

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

Art. 9.7 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

(Selezionabile, valido ed operante solo se espressamente richiamato nella Scheda di Polizza)

Art. 9.8 - Clausola broker

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

Art. 9.9 - Rinvio alle norme di legge

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