

Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Allianz Prevenzione Salute"

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

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione collettiva ad adesione facoltativa destinata a persone fisiche che già si avvalgono di prestazioni sanitarie offerte da Humanitas S.p.A. o intendono scegliere Humanitas S.p.A. quale erogatore delle proprie prestazioni sanitarie che offre percorsi di prevenzione e garanzie di rimborso spese mediche.



Che cosa è assicurato?

Protezione oncologica: 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:

- ✓ Check-up oncologico: Pacchetto Uomo under 50 anni, Pacchetto Uomo over 50 anni, Pacchetto Donna under 50 anni, Pacchetto Donna over 50 anni;
- ✓ Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up oncologico;
- ✓ Spese mediche in caso di diagnosi di tumore maligno per ricovero, visite specialistiche e accertamenti diagnostici.

Protezione cardiovascolare: sono previste prestazioni di prevenzione cardiovascolare, programmi di controllo e monitoraggio e garanzie che coprono il rischio cardiovascolare:

- ✓ Check-up cardiovascolare: pacchetto di prevenzione, indipendentemente da età e sesso dell'Assicurato che prevede esami standard e visita cardiologica;
- ✓ Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up cardiovascolare;
- ✓ Programma di controllo e monitoraggio (PAI);
- ✓ Spese mediche per la cura di patologie cardiovascolari in caso di ricovero, visite specialistiche e accertamenti diagnostici.

L'assicurazione è prestata entro **le somme assicurate** puntualmente indicate nel DIP Aggiuntivo Danni sezione "Ci sono limiti di copertura?".



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone affette da:

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

Inoltre non sono assicurabili:

- ✗ le persone con età alla data di adesione alla polizza collettiva inferiore a 18 anni e superiore a 67 anni.



Ci sono limiti di copertura?

! L'assicurazione **prevede alcuni limiti di copertura**, per il cui dettaglio si rinvia al DIP aggiuntivo Danni, sezione "Ci sono limiti di copertura?". E' prevista l'applicazione alle garanzie di **limiti di indennizzo**, il cui valore è indicato nel DIP aggiuntivo Danni, sezione "Ci sono limiti di copertura?".



Dove vale la copertura?

L'Assicurazione vale per prestazioni erogate solo in Italia.



Che obblighi ho?

- Quando aderisce alla Polizza Collettiva, l'Aderente 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, l'Assicurato deve darne avviso ad Allianz S.p.A.:
 - o **entro 15 giorni dalla data di diagnosi della malattia o dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità** per la garanzia Spese mediche in caso di diagnosi di tumore maligno;
 - o **entro 15 giorni dal verificarsi del sinistro o dalla data di dimissione dalla Struttura sanitaria** per la garanzia Spese mediche per la cura di patologie cardiovascolari.
- Il Check-up oncologico e il Check-up cardiovascolare devono essere effettuati esclusivamente presso una Struttura sanitaria Humanitas e preventivamente autorizzati dalla Centrale Allianz Health.
- Il **Check-up oncologico deve essere iniziato entro 90 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di adesione**. Se l'Assicurato non effettua, per sua volontà o negligenza, entro detto termine, nemmeno uno degli esami specialistici previsti dal pacchetto di prevenzione oncologica:
 - le prestazioni previste dal Check-up oncologico e dalla garanzia Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up oncologico, non potranno essere attivate;
 - il periodo di carenza previsto per l'attivazione della garanzia Spese mediche in caso di diagnosi di tumore maligno, è elevato a 270 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di adesione e le relative somme assicurate indicate nel Modulo di adesione sono ridotte del 90%.

In alternativa l'Assicurato può recedere secondo le modalità indicate nella sezione "Come posso disdire la copertura?".

- Se il Check-up oncologico ha avuto inizio entro il termine di 90 giorni ma, per volontà o per negligenza dell'Assicurato, **non si è concluso nel termine di 180 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di adesione**:
 - le ulteriori prestazioni previste dal Check-up oncologico e quelle previste dalla garanzia Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up oncologico, non potranno essere più attivate;
 - il periodo di carenza previsto per l'attivazione della garanzia Spese mediche in caso di diagnosi di tumore maligno, si intende elevato a 270 giorni dal giorno di sottoscrizione del Modulo di adesione e le relative somme assicurate indicate nel Modulo di adesione sono ridotte del 90%.

In alternativa l'Assicurato può recedere, secondo le modalità indicate nella sezione "Come posso disdire la copertura?".



Quando e come devo pagare?

Il premio della prima annualità deve essere pagato al momento della sottoscrizione del Modulo di adesione.

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 ciascuna adesione alla Polizza Collettiva.

Il premio è comprensivo delle imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'adesione alla Polizza Collettiva ha effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nel Modulo di adesione e termina alle ore 24 del giorno di scadenza indicato nel Modulo di adesione.

L'adesione alla Polizza Collettiva ha durata poliennale, può avvenire solo nel corso della prima annualità assicurativa della Polizza Collettiva 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.

Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.

Per la garanzia Spese mediche in caso di diagnosi di tumore maligno è previsto un **periodo di carenza** di 90 giorni dal giorno di sottoscrizione del Modulo di adesione, a condizione che sia stato completato il Check-up oncologico. In caso contrario, la garanzia opera dalla data di conclusione del Check-up oncologico.



Come posso disdire la copertura?

Di seguito sono indicate le modalità per l'esercizio del diritto di recesso o disdetta:

Diritto di recesso per ripensamento: l'Aderente ha il diritto di recedere entro 14 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di adesione, dandone comunicazione scritta ad Allianz S.p.A., a condizione che in tale periodo non sia stato effettuato il Check-up oncologico o il Check-up cardiovascolare; resta fermo che, in caso di mancato esercizio del diritto di recesso, la copertura assicurativa rimarrà operante secondo le regole di durata sottoscritte. In caso di esercizio del diritto di recesso, Allianz S.p.A. provvederà al rimborso del premio pagato al netto di imposte.

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

Diritto di recesso: nei casi di **mancata effettuazione di almeno uno degli esami previsti dal Check-up oncologico entro il termine di 90 giorni** dalla sottoscrizione del Modulo di adesione o **mancata conclusione del Check-up stesso entro il termine di 180 giorni** dalla sottoscrizione del Modulo di adesione, l'Aderente ha il diritto di recedere **entro 15 giorni** dalla conclusione dei suddetti termini, inviando comunicazione scritta ad Allianz S.p.A.. Allianz S.p.A. provvede al rimborso del Premio pagato al netto delle imposte. Nel caso di recesso per **mancata conclusione del Check-up oncologico** Allianz S.p.A. trattiene un importo pari a Euro 300,00.

Assicurazione contro i danni

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

Impresa: Allianz S.p.A.



Prodotto: "Allianz Prevenzione Salute"

Data di realizzazione 01/07/2026 – Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

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 aderente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

L'Aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima dell'adesione al contratto.

Società

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 2025** redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riportano:

- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a **2.957** milioni di euro;

- il risultato economico di periodo, pari a **945** milioni di euro.

Si rinvia alla "Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria dell'impresa (SFCR)", disponibile sul sito internet www.allianz.it e si riporta il valore dell'indice di Solvibilità (Solvency Ratio), pari a **261%**.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno di Allianz S.p.A. è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente.

Relativamente alle garanzie Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up oncologico, Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up cardiovascolare, Spese mediche in caso di diagnosi di tumore maligno e Spese mediche per la cura di patologie cardiovascolari, le prestazioni possono essere effettuate presso la Struttura sanitaria Humanitas concordata con la Centrale Allianz Health, preventivamente contattata per la relativa prenotazione, con Pagamento diretto da parte di Allianz S.p.A. oppure tramite il Servizio Sanitario Nazionale, anche presso strutture sanitarie diverse da Humanitas. Per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, è riconosciuto all'Assicurato il rimborso dell'eventuale ticket sanitario rimasto a suo carico.

Per i dettagli si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, sezione 2. Che cosa è assicurato, pag. 5 e seguenti.



Che cosa NON è assicurato?

Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle già fornite nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

Limiti di copertura per tutte le garanzie

La copertura assicurativa non opera per le spese mediche e i ricoveri dovuti a:

- patologie oncologiche insorte prima della sottoscrizione del Modulo di adesione e già note in quel momento all'Assicurato in quanto già diagnosticate o curate;
- tumori maligni già insorti al momento di effettuazione del Check-up oncologico o degli ulteriori accertamenti resisi necessari a seguito dei risultati del Check-up oncologico;
- 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;

- infezione da HIV e alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- acquisto, manutenzione, riparazione e spese per la sostituzione di dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi, salvo quelli applicati durante l'intervento e previsti dall'articolo 2.4.1 "Spese mediche per ricovero" della sezione Protezione oncologica e 2.9.1 "Spese mediche per ricovero" della sezione Protezione cardiovascolare delle Condizioni di Assicurazione;
- necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, e i ricoveri per lunga degenza, quando sono resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- necessità dell'Assicurato di essere assistito in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, anche se nell'ambito di una Struttura sanitaria;
- trattamenti terapeutici di agopuntura, salvo quelli effettuati da personale medico durante il Ricovero;
- cure e interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o Malformazioni preesistenti alla stipulazione dell'adesione alla Polizza Collettiva, fatta eccezione per Difetti fisici o Malformazioni preesistenti e non noti all'Assicurato al momento della stipulazione;
- 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;
- partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;
- insurrezione o guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non. Ad esempio: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche;
- prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale e quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio della professione.

Limiti di indennizzo e Somme assicurate

Protezione Oncologica

Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up oncologico	Somma assicurata	Euro 500,00
Spese mediche in caso di diagnosi di tumore maligno per ricovero, visite specialistiche e accertamenti diagnostici	Somma assicurata	Euro 30.000,00 per tutta la durata della copertura
Tumore maligno dermatologico	Limite di indennizzo	Euro 6.000,00

Protezione Cardiovascolare

Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up cardiovascolare	Somma assicurata	Euro 500,00
Spese mediche per la cura di patologie cardiovascolari		
Codice Verde - o Ricovero - o Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	Somma assicurata Somma assicurata	Euro 50.000,00 per anno Euro 2.000,00 per anno
Codice Giallo - o Ricovero - o Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	Somma assicurata Somma assicurata	Euro 20.000,00 per anno Euro 1.500,00 per anno
Codice Arancione - o Ricovero - o Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	Somma assicurata Somma assicurata	Euro 15.000,00 per anno Euro 1.000,00 per anno
Codice Rosso - o Ricovero - o Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	Somma assicurata Somma assicurata	Euro 7.000,00 per anno Euro 500,00 per anno



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato a persone fisiche che già si avvalgono delle prestazioni sanitarie offerte da Humanitas S.p.A. o che intendono scegliere Humanitas S.p.A. quale erogatore delle proprie prestazioni sanitarie e che vogliono avvalersi di percorsi di prevenzione in ambito oncologico e cardiovascolare, programmi di controllo e monitoraggio del rischio cardiovascolare e garanzie di rimborso spese mediche per ricovero, visite specialistiche e accertamenti diagnostici in caso di diagnosi di tumore maligno e per la cura di patologie cardiovascolari.

Possono accedere al prodotto le persone fisiche con residenza in Italia, Repubblica di San Marino e Città Stato del Vaticano e aventi almeno 18 anni compiuti e fino a 67 anni compiuti al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari per la commercializzazione del prodotto in oggetto è pari al 18%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'Impresa assicuratrice	Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità: • lettera inviata ad Allianz S.p.A. - Pronto Allianz Servizio Clienti - Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano; • tramite il sito internet dell'Impresa www.allianz.it accedendo alla sezione Reclami. L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori, il termine massimo di 45 giorni può essere sospeso per un massimo di 15 giorni. Ulteriori informazioni sui reclami relativi al comportamento degli Agenti, degli intermediari bancari, dei broker e dei loro dipendenti e collaboratori sono consultabili sul sito internet www.allianz.it nella sezione Reclami.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo (obbligatorio)	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
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).
Negoziazione 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. Nel caso di lite transfrontaliera, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente accedendo al sito https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it, o all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Trattamento fiscale dei premi Il premio corrisposto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni. Detraibilità/deducibilità fiscale dei premi In capo all'Aderente non compete alcun beneficio fiscale con riguardo al premio corrisposto. Tassazione delle somme percepite Le somme dovute dalla Società in dipendenza del Contratto non sono soggette ad imposta sul reddito delle persone fisiche mentre, in caso di beneficiario persona giuridica, sono assoggettate al trattamento fiscale derivante dalle disposizioni regolanti il reddito complessivo applicabili ai soggetti aventi medesima natura. Il regime fiscale sopra descritto non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione alla sottoscrizione del contratto.

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per alcune patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link www.allianz.it/patologie-oncologiche-termini-ridotti. Ai fini della formazione dell'"oblio oncologico", per conclusione del trattamento attivo della patologia si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo, ove previsto, del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia

oncologico	tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA ALL'ADERENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO. NELL'AREA INTERNET RISERVATA POTRANNO ESSERE ESEGUITE LE SEGUENTI ATTIVITA': CONSULTAZIONE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI, PAGAMENTO DEI PREMI, SEGNALAZIONE DI UN SINISTRO, VARIAZIONE DELL'INDIRIZZO DELL'ADERENTE.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Allianz Prevenzione Salute

N. <_____>

Polizza Collettiva di assicurazione contro i danni
Protezione oncologica e cardiovascolare per
i Clienti Humanitas

AVVERTENZA

Copia integrale del Set Informativo, comprensivo del documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (Dip Danni), del documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (Dip aggiuntivo Danni) e delle presenti Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario ed Informativa privacy - ai sensi del Regolamento IVASS n°41 del 2 agosto 2018 e successive modifiche e/o integrazioni - deve essere consegnata all'Aderente prima dell'adesione alla Polizza Collettiva.

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 che hanno lo scopo di ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una Malattia, a carattere anche cruento e/o invasivo.

Aderente

Persona fisica che sottoscrive il Modulo di adesione alla Polizza Collettiva.

Allianz Value

Società di servizi, appartenente al gruppo Allianz, tramite la quale Allianz S.p.A. presta i servizi di Protezione cardiovascolare attraverso il Programma di controllo e monitoraggio e la Definizione del Piano di Assistenza Individuale.

APP AZ Value

Software certificato medicale, accessibile tramite browser web, messo a disposizione dell'Assicurato da Allianz Value per la conservazione della documentazione sanitaria ed il monitoraggio cardiovascolare.

Assicurato

La persona fisica, identificata nel Modulo di adesione, il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione stipulato tra Allianz S.p.A. e Humanitas S.p.A., ossia l'insieme delle prestazioni e delle garanzie previste dallo stesso e risultanti dalla Polizza Collettiva.

Carenza

Il periodo di tempo che intercorre fra la data di adesione alla Polizza Collettiva e il momento in cui la garanzia Spese mediche in caso di diagnosi di tumore maligno diventa operante.

Cartella clinica

Il documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in Struttura sanitaria, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, eventuali interventi chirurgici eseguiti, terapie effettuate, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera.

Centrale Allianz Health

La struttura, di cui si avvale Allianz S.p.A., che tramite operatori, medici, professionisti sanitari e tecnici provvede a organizzare e prenotare l'accesso diretto alle strutture sanitarie di Humanitas S.p.A.

Contraente

Humanitas S.p.A.

Day Hospital

Il Ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisca in giornata a seguito esclusivamente di terapie mediche.

Day Surgery

Il Ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisca in giornata a seguito esclusivamente di prestazioni chirurgiche.

Dispositivi domiciliari

Sistemi di monitoraggio domiciliare in autosomministrazione previsti per la gestione del paziente cardiovascolare, collegati alla piattaforma medica Allianz Value e attivabili attraverso l'APP AZ Value. I Dispositivi domiciliari in autosomministrazione non prevedono l'uso di dispenser per i farmaci.

Indennizzo

La somma dovuta da Allianz S.p.A. all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio

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

Intervento chirurgico

L'atto terapeutico realizzato con uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature ad essi alternativi.

Intervento chirurgico ambulatoriale

L'Intervento chirurgico, come sopra definito, che non necessita di Ricovero con pernottamento o di Ricovero in Day Hospital/Day Surgery. Non sono considerate Intervento chirurgico ambulatoriale le infiltrazioni intratessutali o endocavitarie.

Limite di indennizzo

L'importo dovuto da Allianz S.p.A. entro la Somma assicurata, che rappresenta il massimo esborso di Allianz S.p.A., nei casi indicati nel Modulo di adesione.

Malattia

Ogni alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute non dovuta ad Infortunio.

Malformazioni/Difetti fisici

La deviazione dal normale assetto morfologico dell'organismo o di un organo per condizioni morbose congenite (malformazione) o traumatiche acquisite (difetto fisico).

Medicinali

Le sostanze o associazioni di sostanze, autorizzate dall'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) per la cura della patologia per la quale sono state prescritte, che possano essere somministrate sull'uomo per ripristinare, correggere o modificare funzioni fisiologiche, con lo scopo di effettuare una terapia medica. Sono esclusi i farmaci biologici e le terapie geniche.

Modulo di adesione

Il documento sottoscritto dall'Aderente mediante il quale lo stesso aderisce alla Polizza Collettiva.

Pagamento diretto

Il servizio, attivabile presso le Strutture sanitarie di Humanitas S.p.A. contattando preventivamente la Centrale Allianz Health, che prevede il Pagamento diretto da parte di Allianz S.p.A. alla Struttura sanitaria delle spese sanitarie sostenute dall'Assicurato, indennizzabili a termini della Polizza Collettiva.

Parti

Humanitas S.p.A e Allianz S.p.A.

Piano di assistenza individuale (PAI)

Il documento elaborato da Allianz Value con indicazione della tipologia, articolazione e durata del Programma di controllo e monitoraggio cardiovascolare personalizzato per l'Assicurato.

Polizza Collettiva

Il documento che attesta l'esistenza dell'Assicurazione, ovvero la copertura sanitaria ad adesione volontaria, che è stata stipulata da Humanitas S.p.A nell'interesse di più Assicurati.

Premio

L'importo dovuto dall'Aderente ad Allianz S.p.A..

Ricovero

La degenza che comporta il pernottamento in Struttura sanitaria, il Day Hospital, il Day Surgery e l'Intervento chirurgico ambulatoriale.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale sono prestate le garanzie assicurative.

Somma assicurata

L'importo indicato nel Modulo di adesione che per ogni garanzia prestata viene utilizzato per il calcolo dell'Indennizzo.

Struttura sanitaria Humanitas

Ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera facente parte del gruppo Humanitas.

Trattamenti fisioterapici

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa praticati da medici o professionisti in possesso di regolare abilitazione riconosciuta in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia indennizzabile a termini della Polizza Collettiva. Dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

1. INTRODUZIONE

Attenzione alle parti delle Condizioni di assicurazione evidenziate in grassetto.

Art. 1.1 – L’offerta e le relative protezioni

La Polizza Collettiva “Allianz Prevenzione Salute” prevede due differenti percorsi di prevenzione:

- **Protezione oncologica:** Check-up oncologico, Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up oncologico e Spese mediche in caso di diagnosi di tumore maligno;
- **Protezione cardiovascolare:** Check-up cardiovascolare, Accertamenti resi necessari dal Check-up cardiovascolare, Programma di controllo e monitoraggio e Spese mediche per la cura di patologie cardiovascolari.

2. CHE COSA E’ ASSICURATO

In questa sezione sono descritte le prestazioni offerte dalla Polizza Collettiva “Allianz Prevenzione Salute”, mentre nelle sezioni successive **sono descritti i rischi esclusi, le limitazioni e le altre norme che regolano il rapporto assicurativo.**

Le prestazioni operano a favore dell’Assicurato **per le Somme assicurate e con i Limiti di indennizzo indicati nel Modulo di adesione.**

PROTEZIONE ONCOLOGICA

Art. 2.1 – Cosa assicuriamo

La Polizza Collettiva “Allianz Prevenzione Salute” prevede prestazioni di prevenzione oncologica, differenziate per uomo e donna e in base all’età dell’Assicurato, e garanzie che coprono il rischio oncologico descritte nei successivi articoli.

Art. 2.2 – Check-up oncologico

Il programma di Protezione oncologica prevede i seguenti pacchetti di prevenzione, relativi alle più frequenti tipologie tumorali attualmente riconosciute come tali, differenziati tra uomo e donna e in base all’età dell’Assicurato:

Pacchetto Uomo under 50 anni

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

Pacchetto Uomo over 50 anni

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

Pacchetto Donna under 50 anni

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

Pacchetto Donna over 50 anni

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

Il Check-up oncologico previsto dal pacchetto di prevenzione oncologica operante per l'Assicurato e richiamato nel Modulo di adesione, **deve essere effettuato esclusivamente** presso una Struttura sanitaria Humanitas e preventivamente autorizzato dalla Centrale Allianz Health. La Centrale Allianz Health contatterà l'Assicurato per la relativa prenotazione.

Inoltre il Check-up oncologico **deve essere iniziato entro 90 giorni** dalla sottoscrizione del Modulo di adesione.

Se l'Assicurato non effettua, per sua volontà o negligenza, entro il predetto termine di 90 giorni, nemmeno uno degli esami specialistici previsti dal pacchetto di prevenzione oncologica:

- le prestazioni previste dal Check-up oncologico e dalla garanzia Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up oncologico, **non potranno essere attivate;**
- **il periodo di carenza** previsto dall'articolo 8.3 "Periodo di carenza", per l'attivazione della garanzia Spese mediche in caso di diagnosi di tumore maligno, **si intende elevato a 270 giorni** dal giorno di sottoscrizione del Modulo di adesione e **le relative somme assicurate** indicate nel Modulo di adesione **sono ridotte del 90%.**

In alternativa **l'Assicurato può recedere entro 15 giorni** dalla conclusione del periodo di 90 giorni di cui sopra, inviando comunicazione scritta ad Allianz S.p.A., a condizione che in tale periodo non abbia ancora avuto inizio anche il Check-up cardiovascolare previsto dall'articolo 2.6 "Check-up cardiovascolare". In tal caso Allianz S.p.A. provvede al rimborso del Premio pagato al netto delle imposte.

Se il Check-up oncologico ha avuto inizio entro il predetto termine di 90 giorni ma, per volontà o per negligenza dell'Assicurato, non si è **concluso nel termine di 180 giorni** dalla sottoscrizione del Modulo di adesione:

- le ulteriori prestazioni previste dal Check-up oncologico e quelle previste dalla garanzia Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up oncologico, **non potranno essere più attivate;**
- **il periodo di carenza** previsto dall'articolo 8.3 "Periodo di carenza", per l'attivazione della garanzia Spese mediche in caso di diagnosi di tumore maligno, **si intende elevato a 270 giorni** dal giorno di sottoscrizione del Modulo di adesione e **le relative somme assicurate** indicate nel Modulo di adesione **sono ridotte del 90%.**

In alternativa **l'Assicurato può recedere, entro 15 giorni** dalla conclusione del periodo di 180 giorni di cui sopra, inviando comunicazione scritta ad Allianz S.p.A., a condizione che in tale periodo non abbia ancora avuto inizio il Check-up cardiovascolare previsto dall'articolo 2.6 "Check-up cardiovascolare". In tal caso Allianz S.p.A. provvede al rimborso del Premio pagato al netto delle imposte e **trattenendo un importo** pari a Euro 300,00 relativo al periodo in cui l'adesione alla Polizza Collettiva ha avuto effetto.

Non saranno prese in considerazione richieste di rimborso per prestazioni effettuate e pagate dall'Assicurato senza preventiva autorizzazione della Centrale Allianz Health.

Gli esiti del Check-up oncologico sono messi a disposizione dell'Assicurato, di Allianz S.p.A. e di Allianz Value tramite la Struttura sanitaria Humanitas che ha erogato le prestazioni stesse.

Allianz S.p.A. mette a disposizione dell'Assicurato un medico della Struttura sanitaria Humanitas per una valutazione complessiva degli esiti del Check-up oncologico effettuato e per indicare gli eventuali ulteriori Accertamenti diagnostici ritenuti dallo stesso necessari a completare il quadro clinico.

Solo per le spese relative agli ulteriori Accertamenti diagnostici indicati dal medico della Struttura sanitaria Humanitas, sarà attivata la garanzia Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up oncologico, con le modalità indicate nella medesima garanzia.

Art. 2.3 – Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up oncologico

Allianz S.p.A. riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per Accertamenti diagnostici resi necessari a seguito del completamento del Check-up oncologico, nel caso in cui il medico della Struttura sanitaria Humanitas indichi la necessità di effettuare ulteriori accertamenti di approfondimento finalizzati alla diagnosi certa di patologia oncologica.

Tali spese vengono riconosciute all'Assicurato **con il limite della Somma assicurata**, indicata nel Modulo di adesione, per Accertamenti diagnostici effettuati **entro tre mesi dalla conclusione del Check-up oncologico** presso la Struttura sanitaria Humanitas concordata con la Centrale Allianz Health, preventivamente contattata per la relativa prenotazione, con Pagamento diretto da parte di Allianz S.p.A. alla Struttura sanitaria Humanitas stessa.

Gli esiti di tali ulteriori accertamenti, sono messi a disposizione dell'Assicurato, di Allianz S.p.A. e di Allianz Value tramite la Struttura sanitaria Humanitas che ha erogato le prestazioni.

In caso di Accertamenti diagnostici resi necessari a seguito del Check-up oncologico ed effettuati tramite il Servizio Sanitario Nazionale, anche presso strutture sanitarie diverse da Humanitas, **entro tre mesi dalla conclusione del Check-up oncologico**, Allianz S.p.A. rimborsa all'Assicurato, **con il limite della Somma assicurata** indicata nel Modulo di adesione, l'eventuale ticket rimasto a suo carico.

Gli esiti di tali ulteriori accertamenti, effettuati tramite il Servizio Sanitario Nazionale, saranno inviati dall'Assicurato ad Allianz S.p.A., utilizzando i canali indicati dalla Centrale Allianz Health.

Si precisa che **non saranno autorizzati o rimborsati dalla Centrale Allianz Health Accertamenti diagnostici che risultassero non coerenti** con il relativo quesito diagnostico.

Nel caso in cui l'Assicurato non si renda disponibile a effettuare gli ulteriori Accertamenti diagnostici indicati dal medico della Struttura sanitaria Humanitas a seguito dal Check-up oncologico, la garanzia Spese mediche in caso di diagnosi di tumore maligno non opera per patologie riconducibili al sospetto emerso in fase di Check-up e rilevate in seguito alla valutazione della documentazione medica richiesta (comprese cartella clinica e scheda ambulatoriale del medico che ha avuto in cura l'Assicurato).

Art. 2.4 – Spese mediche in caso di diagnosi di tumore maligno

Allianz S.p.A. – fermo restando quanto indicato al precedente articolo 2.2 "Check-up oncologico" - riconosce le spese mediche sostenute a seguito di diagnosi di tumore maligno e previste nei successivi articoli 2.4.1 "Spese mediche per ricovero" e 2.4.2 "Spese mediche per visite specialistiche e accertamenti diagnostici", **con il limite della Somma assicurata** e per tutta la durata indicate per ciascun Assicurato nel Modulo di adesione.

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). Sono compresi anche i tumori dermatologici, **con il limite di indennizzo** indicato nel Modulo di adesione.

La garanzia Spese mediche in caso di diagnosi di tumore maligno **opera a condizione che:**

- il tumore maligno sia insorto e diagnosticato all'Assicurato decorsi 90 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di adesione e a condizione che siano già state effettuate e completate le prestazioni di cui all'articolo 2.2 "Check-up oncologico" (in caso contrario, si applica quanto previsto all'articolo 8.3 "Periodo di carenza");
- la patologia non risulti già insorta al momento dell'effettuazione del Check-up oncologico previsto per l'Assicurato o degli ulteriori accertamenti resisi opportuni dai risultati del Check-up oncologico;
- la patologia non sia riconducibile al sospetto diagnostico emerso in fase di Check-up e per cui l'Assicurato non si è reso disponibile ad effettuare gli ulteriori accertamenti indicati dal medico della Struttura sanitaria Humanitas;
- la diagnosi di tumore maligno sia confermata da referto istopatologico.

Le spese mediche previste nei successivi articoli 2.4.1 "Spese mediche per ricovero" e 2.4.2 "Spese mediche per visite specialistiche e accertamenti diagnostici" sono riconosciute all'Assicurato per prestazioni **autorizzate dalla Centrale Allianz Health durante il periodo di validità indicato per ciascun Assicurato nel Modulo di adesione.**

Art. 2.4.1 – Spese mediche per ricovero

In caso di Ricovero dell'Assicurato a seguito di diagnosi di tumore maligno, indennizzabile a termini del precedente articolo 2.4 "Spese mediche in caso diagnosi di tumore maligno", Allianz S.p.A. riconosce le spese mediche sostenute durante il Ricovero per:

- esami, Accertamenti diagnostici, cure e Medicinali
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi
- rette di degenza
- onorari dei medici e delle équipe chirurgiche
- diritti di sala operatoria e materiale d'intervento (compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento stesso)
- vitto e pernottamento di un accompagnatore.

Tali spese sono riconosciute all'Assicurato per Ricoveri effettuati presso la Struttura sanitaria Humanitas concordata con la Centrale Allianz Health, preventivamente contattata, per la relativa prenotazione, con Pagamento diretto da parte di Allianz S.p.A. alla Struttura sanitaria Humanitas stessa.

Si precisa che **non saranno prese in considerazione richieste di rimborso per prestazioni effettuate e pagate dall'Assicurato senza preventiva autorizzazione della Centrale Allianz Health.**

In caso di Ricovero con prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, anche presso strutture sanitarie diverse da Humanitas, è riconosciuto all'Assicurato il rimborso dell'eventuale ticket sanitario rimasto a suo carico.

Art. 2.4.2 – Spese mediche per visite specialistiche e accertamenti diagnostici

In caso di diagnosi di tumore maligno, indennizzabile a termini del precedente articolo 2.4 "Spese mediche in caso diagnosi di tumore maligno", Allianz S.p.A. riconosce le spese mediche sostenute dall'Assicurato per:

- visite mediche specialistiche e Accertamenti diagnostici che hanno confermato la diagnosi di tumore maligno;
- visite specialistiche, Accertamenti diagnostici e terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla Malattia oncologica;
- assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale laureato, regolarmente iscritto all'albo e facente parte della rete Allianz Value.

Tali spese sono riconosciute all'Assicurato per prestazioni effettuate presso la Struttura sanitaria Humanitas concordata con la Centrale Allianz Health, preventivamente contattata, per la relativa prenotazione, con Pagamento diretto da parte di Allianz S.p.A. alla Struttura sanitaria Humanitas stessa.

Si precisa che **non saranno prese in considerazione richieste di rimborso per prestazioni effettuate e pagate dall'Assicurato senza preventiva autorizzazione della Centrale Allianz Health.**

Per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, anche presso strutture sanitarie diverse da Humanitas, è riconosciuto all'Assicurato il rimborso dell'eventuale ticket sanitario rimasto a suo carico.

PROTEZIONE CARDIOVASCOLARE

Art. 2.5 – Cosa assicuriamo

La Polizza Collettiva "Allianz Prevenzione Salute" prevede prestazioni di prevenzione cardiovascolare, programmi di controllo e monitoraggio e garanzie che coprono il rischio cardiovascolare descritte nei successivi articoli.

Art. 2.6 – Check-up cardiovascolare

Il programma di Protezione cardiovascolare prevede i seguenti pacchetti di prevenzione per un'accurata valutazione del profilo di rischio cardiovascolare dell'Assicurato, indipendentemente da età e sesso:

Esami standard

- Esami ematici: Emocromo completo, Glicemia, Creatinina, Azotemia, Sodio, Potassio, Colesterolo totale, Colesterolo HDL, Trigliceridi, TSH reflex
- Esame urine completo (salvo nel caso in cui lo stesso esame sia già stato effettuato nell'ambito del Check-up oncologico)
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici

Visita cardiologica

- ECG
- Misurazione della pressione arteriosa
- Calcolo del rischio cardiovascolare

Il Check-up cardiovascolare previsto dal pacchetto di prevenzione cardiovascolare **deve essere effettuato esclusivamente** presso una Struttura sanitaria Humanitas e preventivamente autorizzato dalla Centrale Allianz Health. La Centrale Allianz Health contatterà l'Assicurato per la relativa prenotazione.

Non saranno prese in considerazione richieste di rimborso per prestazioni effettuate e pagate dall'Assicurato senza preventiva autorizzazione della Centrale Allianz Health.

Gli esiti del Check-up cardiovascolare sono messi a disposizione dell'Assicurato, di Allianz S.p.A. e di Allianz Value tramite la Struttura sanitaria Humanitas che ha erogato le prestazioni stesse.

Allianz S.p.A. mette a disposizione dell'Assicurato un medico della Struttura sanitaria Humanitas per una valutazione complessiva degli esiti del Check-up cardiovascolare effettuato e per indicare gli eventuali ulteriori Accertamenti diagnostici ritenuti dallo stesso necessari a completare il quadro clinico.

Solo per le spese relative agli ulteriori Accertamenti diagnostici indicati dal medico della Struttura sanitaria Humanitas, sarà attivata la garanzia Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up cardiovascolare, con le modalità indicate nella medesima garanzia.

Art. 2.7 – Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up cardiovascolare

Allianz S.p.A. riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per Accertamenti diagnostici resi necessari a seguito del Check-up cardiovascolare, nel caso in cui a conclusione dello stesso, il medico della Struttura sanitaria Humanitas ritenga necessario effettuare ulteriori accertamenti di approfondimento finalizzati a determinare l'inquadramento dell'Assicurato per il Programma di controllo e monitoraggio di cui al successivo articolo 2.8.

Tali spese vengono riconosciute all'Assicurato **con il limite della Somma assicurata**, indicata nel Modulo di adesione, per Accertamenti diagnostici effettuati **entro tre mesi dalla conclusione del Check-up cardiovascolare** presso la

Struttura sanitaria Humanitas concordata con la Centrale Allianz Health, preventivamente contattata per la relativa prenotazione, con Pagamento diretto da parte di Allianz S.p.A. alla Struttura sanitaria Humanitas stessa.

Gli esiti di tali ulteriori accertamenti, sono messi a disposizione dell'Assicurato, di Allianz S.p.A. e di Allianz Value tramite la Struttura sanitaria Humanitas che ha erogato le prestazioni.

In caso di Accertamenti diagnostici resi necessari a seguito del Check-up cardiovascolare ed effettuati tramite il Servizio Sanitario Nazionale, anche presso strutture sanitarie diverse da Humanitas, **entro tre mesi dalla conclusione del Check-up cardiovascolare**, Allianz S.p.A. rimborsa all'Assicurato, **con il limite della Somma assicurata** indicata nel Modulo di adesione, l'eventuale ticket rimasto a suo carico.

Gli esiti di tali ulteriori accertamenti, effettuati tramite il Servizio Sanitario Nazionale, saranno inviati dall'Assicurato ad Allianz S.p.A., utilizzando i canali indicati dalla Centrale Allianz Health.

Si precisa che **non saranno autorizzati o rimborsati dalla Centrale Allianz Health Accertamenti diagnostici che risultassero non coerenti** con il relativo quesito diagnostico.

Art. 2.8 – Programma di controllo e monitoraggio

In base all'esito del Check-up cardiovascolare e degli eventuali ulteriori Accertamenti diagnostici effettuati, il medico della Struttura sanitaria Humanitas comunica all'Assicurato, tramite Allianz Value, l'inquadramento dell'Assicurato stesso per la definizione del Programma di controllo e monitoraggio:

- Codice Verde: buono stato di salute con nessuna morbidità cardiovascolare
- Codice Giallo: buono stato di salute, ma con possibile necessità di monitoraggi di morbidità cardiovascolare di lievissima entità
- Codice Arancione: stato di salute con una evidenza di patologia cardiovascolare da monitorare
- Codice Rosso: stato di salute più severo, con presenza di patologie croniche che necessitano di monitoraggio e controllo.

In base all'inquadramento dell'Assicurato, Allianz S.p.A. riconosce, tramite Allianz Value, un Programma di controllo e monitoraggio personalizzato, definito dal medico della Struttura sanitaria Humanitas, che viene gestito e organizzato direttamente da Allianz Value attraverso l'attivazione dei servizi di controllo e monitoraggio cardiovascolare da effettuare in una Struttura sanitaria Humanitas o al domicilio dell'Assicurato.

Nel Programma di controllo e monitoraggio sono previsti alcuni servizi standard, differenziati in base all'inquadramento dell'Assicurato (Codice colore), ai quali vengono aggiunte ulteriori prestazioni (visite e accertamenti) in relazione allo stato di salute dell'Assicurato e definite nel Piano di Assistenza Individuale, come descritto nel successivo articolo 2.8.1 "Definizione del Piano di Assistenza Individuale (PAI)".

Codice Verde

- Indice di Massa Corporea (BMI) + Fit Bit in telemonitoraggio
- Consulenza Nutrizionista
- Piano Assistenza Individuale Allianz Value (PAI)

Codice Giallo

- Indice di Massa Corporea (BMI) + Fit Bit in telemonitoraggio
- Emoglobina Glicata + Colesterolo
- Piano Assistenza Individuale Allianz Value (PAI)

Codice Arancione

- Telemonitoraggio per pulsossimetro, sfigmomanometro, glucometro
- Emoglobina Glicata + Colesterolo
- Funzionalità renale
- Elettrocardiogramma

- Piano Assistenza Individuale Allianz Value (PAI)

Codice Rosso

- Telemonitoraggio per pulsossimetro, sfigmomanometro, glucometro
- Emoglobina Glicata + Colesterolo
- Funzionalità renale
- Elettrocardiogramma
- Piano Assistenza Individuale Allianz Value (PAI)

Art. 2.8.1 – Definizione del Piano di Assistenza Individuale (PAI)

I servizi offerti tramite Allianz Value prevedono protocolli clinici di controllo e monitoraggio personalizzati con l'obiettivo di ridurre il rischio cardiovascolare tramite la definizione di un Piano di Assistenza Individuale (PAI).

Per garantire il necessario controllo dello stato di salute dell'Assicurato, le prestazioni indicate nel Piano di Assistenza Individuale, comprensive di eventuali visite specialistiche e accertamenti, sono affiancate da Dispositivi domiciliari di monitoraggio in autosomministrazione che vengono forniti a noleggio per tutta la durata indicata nel Modulo di adesione e consegnati al domicilio dell'Assicurato a cura di Allianz Value.

I Dispositivi domiciliari possono avere caratteristiche diverse a seconda dell'inquadramento dell'Assicurato e possono essere sia dispositivi con funzioni di supporto per il controllo di parametri legati alla mobilità e al benessere dell'Assicurato, sia dispositivi certificati medicali con funzioni di controllo cardiovascolare.

A seguito della definizione dell'inquadramento dell'Assicurato (Codice colore), Allianz Value comunica all'Assicurato stesso il Piano di Assistenza Individuale (PAI) elaborato e personalizzato in base alle indicazioni ricevute dal medico della Struttura sanitaria Humanitas.

Il Piano elaborato da Allianz Value con indicazione della tipologia, articolazione e durata dei servizi di assistenza individuale deve essere sottoscritto e restituito per accettazione dall'Assicurato.

Entro 7 giorni lavorativi dalla data di ricezione dell'accettazione del PAI, Allianz Value rende disponibili, presso il domicilio dell'Assicurato, i Dispositivi domiciliari di monitoraggio indicati nel Piano stesso e provvede ad organizzare il Piano di Assistenza Individuale personalizzato.

Per l'accesso ai servizi di monitoraggio e alla gestione del PAI, **l'Assicurato deve scaricare l'APP AZ Value** sul suo smartphone seguendo le istruzioni fornite direttamente da Allianz Value.

I Dispositivi domiciliari forniti all'Assicurato sono corredati dalle relative istruzioni, necessarie per la loro attivazione tramite l'APP AZ Value e per effettuare il collegamento tramite smartphone alla piattaforma medica Allianz Value che monitora tutte le rilevazioni dei Dispositivi domiciliari.

Tramite l'APP AZ Value, l'Assicurato può:

- accedere al suo Piano di Assistenza Individuale e visionare il documento nel quale sono riportate tutte le prestazioni previste dal Piano stesso con indicazione della tipologia, durata e articolazione dei servizi
- consultare il calendario delle visite e degli accertamenti programmati, gestiti da Allianz Value secondo le indicazioni del Piano di Assistenza Individuale
- accedere a tutte le rilevazioni dei Dispositivi domiciliari
- attivare la chiamata per le visite in telemedicina calendarizzate
- visionare tutta la documentazione sanitaria relativa agli accertamenti effettuati presso le Strutture sanitarie Humanitas.

Le rilevazioni dei Dispositivi domiciliari in autosomministrazione sono a cura dell'Assicurato e Allianz Value può richiedere le eventuali misurazioni mancanti e che ritiene opportuno ripetere.

Il mancato invio delle rilevazioni o il rifiuto dell'Assicurato a ripeterle, quando richiesto da Allianz Value, sollevano da qualsiasi responsabilità Allianz Value e Allianz S.p.A., anche in caso di un aggravamento dello stato di salute dell'Assicurato. Allo stesso modo, il rifiuto dell'Assicurato ad effettuare i controlli periodici calendarizzati e approvati dall'Assicurato stesso nel Piano di Assistenza Individuale, solleva Allianz Value e Allianz S.p.A. da qualsiasi responsabilità in caso di aggravamento dello stato di salute dell'Assicurato.

Il monitoraggio effettuato attraverso i Dispositivi domiciliari è un sistema di supporto autogestito nel controllo dello stato di salute che non esime l'Assicurato dall'assunzione della eventuale terapia farmacologica prescritta dal suo medico curante o dal medico specialista di Humanitas.

Se, nel corso della durata indicata per ciascun Assicurato nel Modulo di adesione, si verificano variazioni nello stato di salute dell'Assicurato, tali da determinare una modifica del suo inquadramento iniziale (Codice colore), **comprovate da idonea nuova documentazione medica e confermate dal medico della Struttura sanitaria Humanitas**, Allianz Value provvede a rielaborare il Piano di Assistenza Individuale, sia nella componente di servizi standard indicati nell'articolo 2.8 "Programma di controllo e monitoraggio" che in quella relativa alle prestazioni personalizzate sulla base dello stato di salute dell'Assicurato, che **dovrà essere nuovamente sottoscritto per accettazione** in sostituzione di quello precedentemente sottoscritto.

Allianz Value è a disposizione dell'Assicurato per supportarlo in tutte le fasi del monitoraggio e per rispondere a qualsiasi quesito o necessità.

Art. 2.9 – Spese mediche per la cura di patologie cardiovascolari

Allianz S.p.A. riconosce le spese mediche sostenute per la cura di patologie cardiovascolari e previste nei successivi articoli 2.9.1 "Spese mediche per ricovero" e 2.9.2 "Spese mediche per visite specialistiche e accertamenti diagnostici", **con i limiti per anno assicurativo delle Somme assicurate** indicate nel Modulo di adesione e differenziate in funzione dell'inquadramento dell'Assicurato (Codice colore), determinato dal medico della Struttura sanitaria Humanitas per la definizione del Piano di assistenza individuale.

In caso di modifica, nel corso della durata indicata per ciascun Assicurato nel Modulo di adesione, dell'inquadramento dell'Assicurato (Codice colore), restano confermate e operanti le Somme assicurate per la garanzia Spese mediche per la cura di patologie cardiovascolari previste per l'inquadramento originariamente determinato (Codice colore).

Se la modifica dell'inquadramento dell'Assicurato, nel corso della durata indicata per ciascun Assicurato nel Modulo di adesione, è dovuta ad un peggioramento del suo stato di salute determinato dal suo rifiuto ad effettuare le prestazioni e i controlli periodici previsti dal PAI, le spese mediche sostenute per la cura di patologie cardiovascolari vengono riconosciute **con applicazione di uno scoperto del 40%.**

La garanzia Spese mediche per la cura di patologie cardiovascolari **opera a condizione che** siano già state effettuate e completate le prestazioni di cui all'articolo 2.6 "Check-up cardiovascolare" e decorre dalla data di conclusione del Check-up cardiovascolare stesso.

Le spese mediche previste nei successivi articoli 2.9.1 "Spese mediche per ricovero" e 2.9.2 "Spese mediche per visite specialistiche e accertamenti diagnostici" sono riconosciute all'Assicurato per prestazioni **autorizzate dalla Centrale Allianz Health durante il periodo indicato per ciascun Assicurato nel Modulo di adesione.**

Art. 2.9.1 – Spese mediche per ricovero

In caso di Ricovero dell'Assicurato per la cura di patologie cardiovascolari, indennizzabile a termini del precedente articolo 2.9 "Spese mediche per la cura di patologie cardiovascolari", Allianz S.p.A. riconosce le spese mediche sostenute durante il Ricovero per:

- esami, Accertamenti diagnostici, cure e Medicinali
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi
- rette di degenza
- onorari dei medici e delle équipe chirurgiche

- diritti di sala operatoria e materiale d'intervento (compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento stesso)
- vitto e pernottamento di un accompagnatore

Tali spese sono riconosciute all'Assicurato per Ricoveri effettuati presso la Struttura sanitaria Humanitas concordata con la Centrale Allianz Health, preventivamente contattata, per la relativa prenotazione, con Pagamento diretto da parte di Allianz S.p.A. alla Struttura sanitaria Humanitas stessa.

Si precisa che **non saranno prese in considerazione richieste di rimborso per prestazioni effettuate e pagate dall'Assicurato senza preventiva autorizzazione della Centrale Allianz Health.**

In caso di Ricovero con prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, anche presso strutture sanitarie diverse da Humanitas, è riconosciuto all'Assicurato il rimborso dell'eventuale ticket sanitario rimasto a suo carico.

Art. 2.9.2 – Spese mediche per visite specialistiche e accertamenti diagnostici

In caso di patologie cardiovascolari, indennizzabili a termini del precedente articolo 2.9 “Spese mediche per la cura di patologie cardiovascolari”, Allianz S.p.A. riconosce le spese mediche sostenute dall'Assicurato per:

- visite mediche specialistiche e Accertamenti diagnostici che hanno confermato la diagnosi di patologia cardiovascolare;
- visite specialistiche, Accertamenti diagnostici e terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla patologia cardiovascolare.

Tali spese sono riconosciute all'Assicurato per prestazioni effettuate presso la Struttura sanitaria Humanitas concordata con la Centrale Allianz Health, preventivamente contattata, per la relativa prenotazione, con Pagamento diretto da parte di Allianz S.p.A. alla Struttura sanitaria Humanitas stessa.

Si precisa che **non saranno prese in considerazione richieste di rimborso per prestazioni effettuate e pagate dall'Assicurato senza preventiva autorizzazione della Centrale Allianz Health.**

Per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, anche presso strutture sanitarie diverse da Humanitas, è riconosciuto all'Assicurato il rimborso dell'eventuale ticket sanitario rimasto a suo carico.

3. CHE COSA NON E' ASSICURATO

In questa sezione sono descritti i rischi esclusi (persone escluse dalle prestazioni) e le condizioni in presenza delle quali le prestazioni non operano.

Art. 3.1 – Persone non assicurabili

Non possono accedere alle prestazioni previste dalla Polizza Collettiva “Allianz Prevenzione Salute” le persone affette da:

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

Se una o più delle affezioni sopraindicate insorgono durante la durata contrattuale, Allianz S.p.A. ha diritto di recedere con effetto immediato da quando l'Assicurato riceve la comunicazione di recesso ai sensi e per gli effetti dell'art. 1898 codice civile, comma 3.

Art. 3.2 – Limiti di età

Fermo le limitazioni di cui ai successivi articoli, le garanzie sono prestate dalla Polizza Collettiva con un limite di età alla data di sottoscrizione del Modulo di adesione non inferiore a 18 anni compiuti e non superiore a 67 anni compiuti.

Se l'Assicurato supera il limite dei 67 anni compiuti nel corso della copertura, la stessa continua ad operare fino alla scadenza indicata nel Modulo di adesione e termina automaticamente a tale scadenza, come disciplinato all'articolo

8.2 "Durata delle adesioni alla Polizza Collettiva", senza bisogno di comunicare disdetta.

4. LIMITI DI COPERTURA

In questa sezione sono descritte le delimitazioni di copertura, cioè i casi in cui la copertura non opera solo per alcuni eventi, ma continua ad operare per tutti quelli non delimitati.

La copertura assicurativa opera con i Limiti di indennizzo indicati nel Modulo di adesione.

Art. 4.1 – Limiti di copertura per tutte le garanzie

La copertura assicurativa non opera per le spese mediche e i ricoveri dovuti a:

- a) patologie oncologiche insorte prima della sottoscrizione del Modulo di adesione e già note in quel momento all'Assicurato in quanto già diagnosticate o curate;
- b) tumori maligni già insorti al momento di effettuazione del Check-up oncologico o degli ulteriori accertamenti resi necessari a seguito dei risultati del Check-up oncologico;
- c) 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) infezione da HIV e alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- e) acquisto, manutenzione, riparazione e spese per la sostituzione di dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi, salvo quelli applicati durante l'intervento e previsti dall'articolo 2.4.1 "Spese mediche per ricovero" della sezione Protezione oncologica e 2.9.1 "Spese mediche per ricovero" della sezione Protezione cardiovascolare;
- f) necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, e i ricoveri per lunga degenza, quando sono resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- g) necessità dell'Assicurato di essere assistito in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, anche se nell'ambito di una Struttura sanitaria;
- h) trattamenti terapeutici di agopuntura, salvo quelli effettuati da personale medico durante il Ricovero;
- i) cure e interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o Malformazioni preesistenti alla stipulazione dell'adesione alla Polizza Collettiva, fatta eccezione per Difetti fisici o Malformazioni preesistenti e non noti all'Assicurato al momento della stipulazione;
- j) 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;
- k) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;
- l) insurrezione o guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non. Ad esempio: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche;
- m) prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale e quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio della professione.

5. VALIDITA' TERRITORIALE

Art. 5.1 – Validità territoriale

L'Assicurazione è valida per prestazioni erogate in Italia.

6. OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI SINISTRO

In questa Sezione sono regolati:

- **gli obblighi e le attività a carico delle Parti per effettuare i Check-up e per ottenere l'erogazione dell'Indennizzo;**
- **le modalità e i tempi per l'attivazione dei Check-up e l'accesso alle altre prestazioni e garanzie;**
- **le modalità di determinazione dei danni;**

- i tempi di adempimento o liquidazione dell'Indennizzo.

PROTEZIONE ONCOLOGICA

Art. 6.1 – Obblighi per il Check-up oncologico

Per una corretta organizzazione del Check-up oncologico, la Centrale Allianz Health contatta direttamente l'Assicurato per individuare in tempo utile le sue preferenze in termini di date di disponibilità e finalizzare la prenotazione del pacchetto di prevenzione previsto dall'articolo 2.2 "Check-up oncologico".

L'Aderente/Assicurato o altro soggetto per conto del medesimo, può rivolgersi alla Centrale Allianz Health contattando il Numero 800 516 516 (per chiamate dall'estero: +39 02 89040770), attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00.

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

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

Una volta ottenuta l'autorizzazione preventiva della Centrale Allianz Health, **l'Assicurato deve** presentare alla Struttura sanitaria Humanitas un documento comprovante la propria identità.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia già effettuato nei mesi precedenti uno degli esami previsti dal Check-up oncologico, può segnalare tale circostanza alla Centrale Allianz Health, contestualmente alla richiesta di autorizzazione. I medici della Struttura sanitaria Humanitas valuteranno la documentazione medica e confermeranno, al momento della conferma della prenotazione del Check-up, la necessità o meno di ripetere l'esame.

L'Assicurato deve inoltre sottoscrivere il Modulo di Autorizzazione alla Presa in Carico, che gli sarà fornito dalla Struttura sanitaria Humanitas, 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 di Allianz S.p.A. e di Allianz Value, degli esiti delle prestazioni effettuate.

Art. 6.2 – Obblighi per la garanzia Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up oncologico

Nel caso in cui, a seguito del Check-up oncologico, sia necessario effettuare ulteriori accertamenti di approfondimento diagnostico, come previsto dall'articolo 2.3 "Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up oncologico", **l'Aderente/Assicurato o altro soggetto per conto del medesimo**, per accedere alla garanzia **deve richiedere la preventiva autorizzazione** alla Centrale Allianz Health utilizzando il medesimo canale previsto all'articolo 6.1 "Obblighi per il Check-up oncologico".

L'accesso agli Accertamenti diagnostici in forma diretta **è sempre subordinato alla prenotazione ed autorizzazione preventiva** rilasciata dalla Centrale Allianz Health presso la Struttura sanitaria Humanitas concordata con l'Assicurato dalla Centrale Allianz Health stessa, **nei limiti della Somma assicurata** indicata nel Modulo di adesione.

Una volta ottenuta l'autorizzazione preventiva della Centrale Allianz Health, **l'Assicurato deve** presentare alla Struttura sanitaria Humanitas, un documento comprovante la propria identità.

L'Assicurato deve inoltre sottoscrivere il Modulo di Autorizzazione alla Presa in Carico, fornitogli dalla Struttura sanitaria Humanitas, 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 di Allianz S.p.A. e di Allianz Value, degli esiti degli accertamenti effettuati;

- si impegna a versare alla Struttura sanitaria Humanitas gli eventuali importi di spesa che restano a suo carico in quanto eccedenti la Somma assicurata indicata nel Modulo di adesione.

In caso di Accertamenti diagnostici effettuati tramite il Servizio Sanitario Nazionale, l'Aderente/Assicurato o altro soggetto per conto del medesimo, può presentare la richiesta di rimborso dell'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato tramite il proprio Intermediario Assicurativo.

Per la corretta richiesta di rimborso **è necessario presentare** la seguente documentazione:

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

Art. 6.3 – Obblighi per la garanzia Spese mediche in caso di diagnosi di tumore maligno

Nel caso in cui venga diagnosticato all'Assicurato un tumore maligno, indennizzabile a termini dell'articolo 2.4 "Spese mediche in caso di diagnosi di tumore maligno", **l'Aderente/Assicurato o altro soggetto per conto del medesimo, deve presentare denuncia formale ad Allianz S.p.A., entro 15 giorni** dalla data di diagnosi della Malattia o dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità.

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

Per accedere alle prestazioni previste dalla garanzia Spese mediche in caso di diagnosi di tumore maligno, di cui agli articoli 2.4.1 "Spese mediche per ricovero" e 2.4.2 "Spese mediche per visite specialistiche e accertamenti diagnostici", presso una Struttura sanitaria Humanitas con attivazione del servizio di Pagamento diretto, **l'Aderente/Assicurato o altro soggetto per conto del medesimo, deve richiedere la preventiva autorizzazione** alla Centrale Allianz Health contattando il Numero 800 516 516 (per chiamate dall'estero: +39 02 89040770), attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00.

L'accesso alle prestazioni previste dalla garanzia Spese mediche in caso di diagnosi di tumore maligno **è sempre subordinato alla prenotazione ed autorizzazione preventiva** rilasciata dalla Centrale Allianz Health presso la Struttura sanitaria Humanitas concordata con l'Assicurato dalla Centrale Allianz Health stessa, **nei limiti della Somma assicurata** indicata nel Modulo di adesione.

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

- copia della documentazione medica attestante l'accertamento della patologia oncologica denunciata;
- copia degli esami clinici, radiologici, istologici, e di ogni altra prestazione medica effettuata ai fini della diagnosi della patologia oncologica;
- in caso di Ricovero o di Intervento chirurgico ambulatoriale, copia della prescrizione medica contenente la patologia oncologica accertata, l'Intervento chirurgico richiesto e le ulteriori prestazioni richieste (insieme a tutta la documentazione medica relativa ad eventuali prestazioni precedentemente effettuate e connesse allo stesso evento);
- in caso di prestazioni extra Ricovero, copia della prescrizione medica che riporta la patologia oncologica accertata o presunta e le prestazioni mediche richieste che hanno confermato la diagnosi di tumore maligno o rese necessarie dalla Malattia oncologica diagnosticata.

Una volta ottenuta l'autorizzazione preventiva dalla Centrale Allianz Health, **l'Assicurato deve** presentare alla Struttura sanitaria Humanitas, un documento comprovante la propria identità.

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

- autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi della vigente normativa in tema di Privacy;
- autorizza il superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno avuto in cura presso la Struttura sanitaria Humanitas;
- si impegna a versare alla Struttura sanitaria Humanitas gli eventuali importi di spesa che restano a suo carico in quanto eccedenti la Somma assicurata indicata nel Modulo di adesione.

Allianz S.p.A. liquida direttamente alla Struttura sanitaria Humanitas le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate. A questo scopo l'Assicurato delega Allianz S.p.A. a pagare alle strutture sanitarie e ai medici convenzionati le spese mediche sostenute. La Struttura sanitaria Humanitas non può richiedere all'Assicurato o promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, **salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non previste dalla Polizza Collettiva, che superano il massimale o non autorizzate.**

In caso di Ricovero e di prestazioni extra Ricovero erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Aderente/Assicurato o altro soggetto per conto del medesimo, può presentare la richiesta di rimborso dell'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato tramite il proprio Intermediario Assicurativo.

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

- **consentire** eventuali controlli medici disposti da Allianz S.p.A.;
- **fornire** ad Allianz S.p.A. ogni informazione sanitaria relativa alla patologia oncologica denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione al superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.
- **produrre** specifica ed adeguata prova documentale del pagamento del ticket di cui chiede il rimborso.

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

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

Le **spese relative alla produzione della documentazione medica sono a carico dell'Assicurato.**

Se, prima della liquidazione dell'Indennizzo, sopravviene la morte dell'Assicurato, **i suoi eredi legittimi devono:**

- **darne** immediato avviso ad Allianz S.p.A.;
- **fornire** il certificato di morte dell'Assicurato;
- **assolvere** agli adempimenti sopra indicati;
- **fornire** dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio attestante la qualifica di eredi rilasciata da uno degli stessi.

PROTEZIONE CARDIOVASCOLARE

Art. 6.4 – Obblighi per il Check-up cardiovascolare

Per una corretta organizzazione del Check-up cardiovascolare, la Centrale Allianz Health contatta direttamente l'Assicurato per individuare in tempo utile le sue preferenze in termini di date di disponibilità e finalizzare la prenotazione del pacchetto di prevenzione previsto dall'articolo 2.6 "Check-up cardiovascolare".

L'Aderente/Assicurato o altro soggetto per conto del medesimo, può rivolgersi alla Centrale Allianz Health contattando il Numero 800 516 516 (per chiamate dall'estero: +39 02 89040770), attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00.

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

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

Una volta ottenuta l'autorizzazione preventiva della Centrale Allianz Health, **l'Assicurato deve** presentare alla Struttura sanitaria un documento comprovante la propria identità.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia già effettuato nei mesi precedenti uno degli esami previsti dal Check-up cardiovascolare, può segnalare tale circostanza alla Centrale Allianz Health, contestualmente alla richiesta di autorizzazione. I medici della Struttura sanitaria Humanitas valuteranno la documentazione medica e confermeranno, al momento della conferma della prenotazione del Check-up, la necessità o meno di ripetere l'esame.

L'Assicurato deve inoltre sottoscrivere il Modulo di Autorizzazione alla Presa in Carico, che gli sarà fornito dalla Struttura sanitaria Humanitas, 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 di Allianz S.p.A. e di Allianz Value, degli esiti delle prestazioni effettuate.

Art. 6.5 – Obblighi per la garanzia Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up cardiovascolare

Nel caso in cui, a seguito del Check-up cardiovascolare, sia necessario effettuare ulteriori accertamenti di approfondimento diagnostico, come previsto dall'articolo 2.7 "Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up cardiovascolare", **l'Aderente/Assicurato o altro soggetto per conto del medesimo**, per accedere alla garanzia **deve richiedere la preventiva autorizzazione** alla Centrale Allianz Health utilizzando il medesimo canale previsto all'articolo 6.4 "Obblighi per il Check-up cardiovascolare".

L'accesso agli Accertamenti diagnostici in forma diretta **è sempre subordinato alla prenotazione ed autorizzazione preventiva** rilasciata dalla Centrale Allianz Health presso la Struttura sanitaria Humanitas concordata con l'Assicurato dalla Centrale Allianz Health stessa, **nei limiti della Somma assicurata** indicata nel Modulo di adesione.

Una volta ottenuta l'autorizzazione preventiva della Centrale Allianz Health, **l'Assicurato deve** presentare alla Struttura sanitaria Humanitas, un documento comprovante la propria identità.

L'Assicurato deve inoltre sottoscrivere il Modulo di Autorizzazione alla Presa in Carico, fornitogli dalla Struttura sanitaria Humanitas, 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 di Allianz S.p.A. e di Allianz Value, degli esiti degli accertamenti effettuati;
- si impegna a versare alla Struttura sanitaria Humanitas gli eventuali importi di spesa che restano a suo carico in quanto eccedenti la Somma assicurata indicata nel Modulo di adesione.

In caso di Accertamenti diagnostici effettuati tramite il Servizio Sanitario Nazionale, l'Aderente/Assicurato o altro soggetto per conto del medesimo, può presentare la richiesta di rimborso dell'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato tramite il proprio Intermediario Assicurativo.

Per la corretta richiesta di rimborso **è necessario presentare** la seguente documentazione:

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

Art. 6.6 – Obblighi per la garanzia Spese mediche per la cura di patologie cardiovascolari

In caso di necessità di Ricovero dell'Assicurato o di spese mediche per visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie cardiovascolari, indennizzabili a termini dell'articolo 2.9 "Spese mediche per la cura di patologie cardiovascolari", **l'Aderente/Assicurato o altro soggetto per conto del medesimo, deve presentare denuncia formale ad Allianz S.p.A., entro 15 giorni** dal verificarsi del Sinistro o dalla data di dimissione dalla Struttura sanitaria.

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

Per accedere alle prestazioni previste dalla garanzia Spese mediche per la cura di patologie cardiovascolari, di cui agli articoli 2.9.1 "Spese mediche per ricovero" e 2.9.2 "Spese mediche per visite specialistiche e accertamenti diagnostici", presso una Struttura sanitaria Humanitas con attivazione del servizio di Pagamento diretto, **l'Aderente/Assicurato o altro soggetto per conto del medesimo, deve richiedere la preventiva autorizzazione** alla Centrale Allianz Health contattando il Numero 800 516 516 (per chiamate dall'estero: +39 02 89040770), attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00.

L'accesso alle prestazioni previste dalla garanzia Spese mediche per la cura di patologie cardiovascolari **è sempre subordinato alla prenotazione ed autorizzazione preventiva** rilasciata dalla Centrale Allianz Health presso la Struttura sanitaria Humanitas concordata con l'Assicurato dalla Centrale Allianz Health stessa, **nei limiti delle Somme assicurate** indicate nel Modulo di adesione.

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

- copia della documentazione medica attestante l'accertamento della patologia cardiovascolare;
- copia degli esami clinici, radiologici e di ogni altra prestazione medica effettuata ai fini della diagnosi della patologia cardiovascolare;
- in caso di Ricovero o di Intervento chirurgico ambulatoriale, copia della prescrizione medica contenente la patologia cardiovascolare accertata, l'Intervento chirurgico richiesto e le ulteriori prestazioni richieste (insieme a tutta la documentazione medica relativa ad eventuali prestazioni precedentemente effettuate e connesse allo stesso evento);
- in caso di prestazioni extra Ricovero, copia della prescrizione medica che riporta la patologia cardiovascolare accertata e le prestazioni mediche richieste che hanno confermato la diagnosi di patologia cardiovascolare o rese necessarie dalla Malattia cardiovascolare diagnosticata.

Una volta ottenuta l'autorizzazione preventiva dalla Centrale Allianz Health, **l'Assicurato deve** presentare alla Struttura sanitaria Humanitas, un documento comprovante la propria identità.

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

- autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi della vigente normativa in tema di Privacy;
- autorizza il superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno avuto in cura presso la Struttura sanitaria Humanitas;
- si impegna a versare alla Struttura sanitaria Humanitas gli eventuali importi di spesa che restano a suo carico in quanto eccedenti la Somma assicurata indicata nel Modulo di adesione.

Allianz S.p.A. liquida direttamente alla Struttura sanitaria Humanitas le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate. A questo scopo l'Assicurato delega Allianz S.p.A. a pagare alle strutture sanitarie e ai medici convenzionati le spese mediche sostenute. La Struttura sanitaria Humanitas non può richiedere all'Assicurato o promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, **salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non previste dalla Polizza Collettiva, che superano il massimale o non autorizzate.**

In caso di Ricovero e di prestazioni extra Ricovero erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Aderente/Assicurato o altro soggetto per conto del medesimo, può presentare la richiesta di rimborso dell'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato tramite il proprio Intermediario Assicurativo.

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

- **consentire** eventuali controlli medici disposti da Allianz S.p.A.;
- **fornire** ad Allianz S.p.A. ogni informazione sanitaria relativa alla patologia cardiovascolare denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione al superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.
- **produrre** specifica ed adeguata prova documentale del pagamento del ticket di cui chiede il rimborso.

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

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

Le **spese relative alla produzione della documentazione medica sono a carico dell'Assicurato.**

Se, prima della liquidazione dell'Indennizzo, sopravviene la morte dell'Assicurato, **i suoi eredi legittimi devono:**

- **darne** immediato avviso ad Allianz S.p.A.;
- **fornire** il certificato di morte dell'Assicurato;
- **assolvere** agli adempimenti sopra indicati;
- **fornire** dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio attestante la qualifica di eredi rilasciata da uno degli stessi.

NORME COMUNI ALLE SEZIONI PROTEZIONE ONCOLOGICA E PROTEZIONE CARDIOVASCOLARE

Art. 6.7 – Termini per l'indennizzo

Allianz S.p.A., verificata l'operatività della garanzia, dopo aver ricevuto la necessaria documentazione ed aver effettuato gli accertamenti del caso, entro 30 giorni determina l'Indennizzo che risulti dovuto all'Assicurato e provvede al pagamento dello stesso.

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

Se l'Assicurato ha presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per lo stesso Sinistro, e ha ottenuto il rimborso, all'Assicurato è liquidato solo l'importo rimasto a suo carico, a termini delle presenti Condizioni di assicurazione.

Art. 6.8 – Procedura per la valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente da Allianz S.p.A. o da un consulente medico da questa incaricato con l'Assicurato o persona da lui indicata.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 6.9 – Obbligo di restituzione degli indennizzi liquidati per spese non dovute

Se Allianz S.p.A. paga direttamente alle strutture sanitarie Humanitas spese che risultano poi non dovute a termini delle Condizioni di assicurazione, **Allianz S.p.A. ha il diritto di richiedere all'Aderente e/o all'Assicurato la restituzione di queste somme che sono obbligati a rimborsarle ad Allianz S.p.A..**

7. PREMIO

Art. 7.1 – Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e pagamento del Premio

L'adesione alla Polizza Collettiva, stipulata da Humanitas S.p.A., avviene mediante compilazione e sottoscrizione del Modulo di adesione e consegna dello stesso all'Intermediario assicurativo con corresponsione del relativo Premio. Il Premio è frazionato in rate annuali.

Con la sottoscrizione del Modulo di adesione, l'Aderente deve versare il Premio relativo alla prima annualità assicurativa della Polizza Collettiva, calcolato secondo i seguenti parametri in base al periodo che intercorre tra l'adesione e la prima scadenza annua della stessa:

- se l'adesione avviene nel primo semestre della prima annualità assicurativa della Polizza Collettiva, verrà computato l'intero Premio annuo;
- se l'adesione avviene nel secondo semestre della prima annualità assicurativa della Polizza Collettiva, verrà computato il 60% del Premio annuo.

Il Premio **deve essere pagato al momento della sottoscrizione** del Modulo di adesione, tramite:

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

Il Premio è comprensivo delle imposte.

Art. 7.2 – Riduzione di Premio per durata poliennale

L'adesione alla Polizza Collettiva ha durata poliennale e il Premio è stato determinato, secondo quanto previsto dall'art. 1899 codice civile, in misura ridotta, indicata nel Modulo di adesione, rispetto a quello dovuto per una durata annuale.

8. DECORRENZA E DURATA, DISDETTA E RECESSO

Art. 8.1 - Decorrenza e pagamento del Premio

La Polizza Collettiva è emessa per la durata di tre anni a partire dalle ore 24 del 01.07.2026 e con scadenza alle ore 24 del 01.07.2029.

Per i singoli Aderenti le prestazioni e le garanzie decorrono dal giorno di adesione alla Polizza Collettiva, con scadenza per la prima annualità assicurativa al 01.07 successivo.

L'adesione ha effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nel Modulo di adesione **se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, salvo il periodo di carenza** di cui all'articolo 8.3 "Periodo di carenza".

I premi devono essere pagati al proprio intermediario assicurativo oppure ad Allianz S.p.A. e sono dovuti per intero anche se sono frazionati in più rate. Se l'Aderente non paga i premi o le rate di Premio successive al primo pagamento, le prestazioni e le garanzie restano sospese dal 15° giorno dopo quello della scadenza non pagata. Le prestazioni e le garanzie ricominciano ad operare dal giorno del pagamento, se durante la sospensione l'Aderente paga i premi; in questo caso Allianz S.p.A. ha il diritto di chiedere il pagamento di tutti i premi scaduti e in scadenza, ai sensi dell'art. 1901 codice civile.

Art. 8.2 - Durata delle adesioni alla Polizza Collettiva

Le adesioni alla Polizza Collettiva hanno durata poliennale, con scadenza alle ore 24 del 01.07.2029, corrispondente alla scadenza della Polizza Collettiva, e possono avvenire solo nel corso della prima annualità assicurativa della Polizza Collettiva.

Le singole adesioni alla Polizza Collettiva non si rinnovano automaticamente ma terminano alla scadenza indicata, senza bisogno di comunicare disdetta. In questo caso non si applica il termine di 15 giorni, dopo la scadenza, previsto dall'articolo 1901 codice civile.

L'Aderente può comunque aderire nuovamente alla Polizza Collettiva mediante la sottoscrizione di un nuovo Modulo di adesione.

Trattandosi di durata poliennale con riduzione di Premio prevista dall'articolo 1899 codice civile **l'Aderente non ha facoltà di recedere prima della scadenza** indicata nel Modulo di adesione.

L'efficacia dell'adesione alla Polizza Collettiva è condizionata all'efficacia della Polizza Collettiva stessa; pertanto, in caso di cessazione di quest'ultima per qualsiasi ragione, ciascuna adesione alla Polizza Collettiva si intende automaticamente risolta a partire dalla prima scadenza successiva a quella per cui è stato incassato l'ultimo Premio.

Art. 8.3 – Periodo di carenza

Fermo quanto previsto all'articolo 8.1 "Decorrenza e pagamento del Premio", per la garanzia Spese mediche in caso di diagnosi di tumore maligno **è previsto un periodo di carenza di 90 giorni dal giorno** di sottoscrizione del Modulo di adesione, a condizione che sia stato completato il Check-up oncologico. In caso contrario, la garanzia opera **dalla data di conclusione del Check-up oncologico**.

Si precisa che, come disciplinato all'articolo 2.2 "Check-up oncologico", il suddetto periodo di carenza si intende **elevato a 270 giorni** dal giorno di sottoscrizione del Modulo di adesione nel caso di:

- mancata effettuazione di almeno uno degli esami specialistici previsti dal Check-up oncologico **entro il termine di 90 giorni** dalla sottoscrizione del Modulo di adesione;
- mancata conclusione del Check-up stesso **entro il termine di 180 giorni** dalla sottoscrizione del Modulo di adesione.

Salvo il diritto dell'Assicurato, in entrambi i casi, di recedere **entro 15 giorni** dalla conclusione dei suddetti termini di 90 e 180 giorni, inviando comunicazione scritta ad Allianz S.p.A. e a condizione che in tale periodo non abbia ancora avuto inizio il Check-up cardiovascolare previsto dall'articolo 2.6 "Check-up cardiovascolare".

Se, dopo la scadenza indicata per ciascun Assicurato nel Modulo di adesione, l'Assicurato aderisce nuovamente alla Polizza Collettiva mediante la sottoscrizione di un nuovo Modulo di adesione, i termini sopra indicati operano in ogni caso **dal giorno di decorrenza indicato nel nuovo Modulo di adesione**.

Ai fini dell'attivazione della garanzia Spese mediche in caso di diagnosi di tumore maligno, **restano pertanto esclusi** i tumori maligni già insorti al momento dell'effettuazione del Check-up oncologico relativo alla nuova adesione alla Polizza Collettiva, anche se insorti o diagnosticati durante la validità del precedente Modulo di adesione.

Art. 8.4 - Diritto di recesso per ripensamento

L'Aderente, entro 14 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di adesione, ha il diritto di recedere **a condizione che in tale periodo non sia stato effettuato il Check-up oncologico o il Check-up cardiovascolare** previsto e disciplinato dalle presenti Condizioni di Assicurazione e di ottenere il rimborso del Premio pagato al netto dell'imposta. Per farlo lo deve comunicare per iscritto ad Allianz S.p.A. a mezzo raccomandata A/R.

In caso di esercizio del diritto di recesso, Allianz S.p.A. rimborsa il Premio pagato al netto di imposte.

9. ULTERIORI DISPOSIZIONI

Art. 9.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

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

In caso di cessazione dell'adesione alla Polizza Collettiva, **Allianz S.p.A. può trattenere:**

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

Art. 9.2 - Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 9.3 – Altre coperture assicurative presso altri assicuratori

L'Aderente/Assicurato deve **comunicare per iscritto ad Allianz S.p.A.** l'esistenza o la successiva sottoscrizione di altre coperture assicurative per lo stesso rischio disciplinato dalle presenti Condizioni di assicurazione.

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

Art. 9.4 – Aggravamento del rischio

L'Aderente/Assicurato deve dare **comunicazione scritta ad Allianz S.p.A.** di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati da Allianz S.p.A. **possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'adesione alla Polizza Collettiva**.

L'Aderente/Assicurato deve **subito avvisare per iscritto Allianz S.p.A.** se nel corso della durata indicata nel Modulo di adesione la situazione considerata al momento dell'adesione si modifica in modo da aumentare la probabilità che l'evento dannoso si verifichi ("*aggravamento del rischio*"). **Se non rispettano questo obbligo**, previsto dall'art. 1898 codice civile, **può perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo**.

A parziale deroga di quanto disposto all'art. 1898 codice civile in materia di aggravamento del rischio, lo stesso non trova applicazione relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso della durata indicata nel Modulo di adesione, fermo quanto previsto dall'art. 3.1. "Persone non assicurabili".

Art. 9.5 – Diminuzione del rischio

L'Aderente/Assicurato deve **avvisare per iscritto** Allianz S.p.A. se nel corso della durata indicata nel Modulo di adesione la situazione considerata al momento dell'adesione si modifica in modo da diminuire la probabilità che l'evento dannoso si verifichi (*"diminuzione del rischio"*).

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

Art. 9.6 – Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali sono a carico dell'Aderente.

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

Art. 9.8 - Rinvio alle norme di legge

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