

# Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Allianz Protezione Oncologica"

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

## Che tipo di assicurazione è?

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



## Che cosa è assicurato?

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

La **Soluzione Essential** contiene le prestazioni che seguono:

- ✓ Check-up specialistico: Pacchetto Uomo under 45 anni, Pacchetto Uomo over 45 anni, Pacchetto Donna under 45 anni, Pacchetto Donna over 45 anni;
- ✓ Capitale alla diagnosi di tumore maligno, con una somma assicurata di 10.000,00 euro per anno assicurativo;
- ✓ Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up, con una somma assicurata di 500,00 euro.

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

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

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

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

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

- ✓ Capitale alla diagnosi di tumore maligno, con una somma assicurata fino a 100.000,00 euro per anno assicurativo;
- ✓ Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up, con una somma assicurata di 1.000,00 euro

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

Per l'elenco delle **garanzie aggiuntive acquistabili facoltativamente con supplemento di premio**, si rinvia al DIP aggiuntivo Danni, sezione "Che cosa è assicurato?".



## Che cosa non è assicurato?

**Non sono assicurabili le persone affette da:**

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



## 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 puntuale è indicato nella Scheda di Polizza.



## Dove vale la copertura?

La copertura assicurativa vale in tutto il mondo.



### Che obblighi ho?

- Quando si sottoscrive il contratto, il Contraente ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del rapporto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato.
- In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso ad Allianz S.p.A. **entro 15 giorni dalla data di diagnosi della malattia o dal momento in cui il Contraente o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità.**



### Quando e come devo pagare?

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

E' possibile pagare il premio tramite:

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

Il premio è comprensivo delle imposte.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dal giorno del pagamento del premio, sia esso contestuale o successivo alla data di sottoscrizione della stessa e termina alla scadenza indicata nella Scheda di Polizza.

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

Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



### Come posso disdire la copertura?

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

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

**Diritto di ripensamento:** il Contraente, ha diritto di recedere entro 15 giorni dalla sottoscrizione della copertura assicurativa, dandone comunicazione scritta all'Impresa, a condizione che in tale periodo non sia stato effettuato il Check-up specialistico previsto e disciplinato dalle Condizioni di Assicurazione; 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, l'Impresa provvederà al rimborso del premio pagato e non goduto – al netto di imposte e contributi – trattenendo la frazione di premio relativa al periodo in cui la copertura assicurativa ha avuto effetto.

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

# Assicurazione contro i danni

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



Impresa: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Allianz Protezione Oncologica"

28/03/2026 – 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 contraente 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.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del 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](mailto:allianz.spa@pec.allianz.it), sito Internet: [www.allianz.it](http://www.allianz.it)

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2024 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a **2.043** milioni di euro e il risultato economico di periodo pari a **110** milioni di euro.

Si rinvia alla "Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria dell'impresa (SFCR)", disponibile sul sito internet [www.allianz.it](http://www.allianz.it) e si riporta il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio), pari a **292%**.

Al contratto si applica la legge italiana.

## Prodotto



### Che cosa è assicurato?

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

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente.

### OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

**Tumori maligni dermatologici** (selezionabile per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top"): per i contenuti di dettaglio si rimanda alla Sezione 2, articolo 2.3 pagina 5 delle Condizioni di assicurazione.



### Che cosa NON è assicurato?

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



### Ci sono limiti di copertura?

**Limiti di copertura per tutte le garanzie** (validi per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")

**La copertura assicurativa non è operante per le malattie:** a) che siano espressione o conseguenza di condizioni patologiche pregresse insorte anteriormente alla decorrenza della copertura assicurativa e già note in quel momento all'Assicurato in quanto già diagnosticate o curate; b) da disturbi mentali; c) causate da abuso clinicamente accertato di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco; d) correlate alla infezione da HIV e dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); e) derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche; f) derivanti da insurrezione o guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non; g) direttamente o indirettamente derivanti da reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate; h) causate da partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato.



### A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a chi vuole tutelare sé stesso e/o i suoi familiari con un sostegno economico in caso di diagnosi di un tumore maligno. Non è consentita la possibilità di accedere al prodotto per persone di età superiore ai 68 anni.



### Quali costi devo sostenere?

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

<b>COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?</b>	
<b>All'Impresa assicuratrice</b>	<p>Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lettera inviata ad Allianz S.p.A. - Pronto Allianz Servizio Clienti - Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano;</li> <li>• tramite il sito internet dell'Impresa <a href="http://www.allianz.it">www.allianz.it</a> accedendo alla sezione Reclami.</li> </ul> <p>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.</p> <p>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 <a href="http://www.allianz.it">www.allianz.it</a> nella sezione Reclami.</p>
<b>All'IVASS</b>	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> . Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> . Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> .
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Arbitro Assicurativo (obbligatorio)</b>	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso ( <a href="http://www.arbitroassicurativo.org">www.arbitroassicurativo.org</a> ) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
<b>Mediazione (obbligatoria)</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/8/2013 n.98).
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<p>In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria.</p> <p>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 <a href="http://www.ec.europa.eu/fin-net">http://www.ec.europa.eu/fin-net</a>, o all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.</p>
<b>REGIME FISCALE</b>	
<b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b>	<p><b>Trattamento fiscale dei premi</b> Il premio corrisposto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni.</p> <p><b>Detraibilità/deducibilità fiscale dei premi</b> In capo al Contraente Persona Fisica non compete alcun beneficio fiscale con riguardo al premio corrisposto; se Persona giuridica, il premio è assoggettato al trattamento fiscale derivante dalle disposizioni regolanti il reddito complessivo applicabili ai soggetti aventi medesima natura.</p> <p><b>Tassazione delle somme percepite</b> 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.</p> <p>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.</p>
<b>Cosa è il diritto all'oblio oncologico?</b>	
<b>Diritto all'oblio oncologico</b>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 <a href="http://www.allianz.it/patologie-oncologiche-termini-ridotti">www.allianz.it/patologie-oncologiche-termini-ridotti</a>. 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.</p>
<b>Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico</b>	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 tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.

<b>Effetti dell'oblio oncologico per le imprese</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>
---	---

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



# Allianz Protezione Oncologica

## Assicurazione contro i danni

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Edizione 282 - 10/07/2021

Servizio Clienti



Per qualsiasi informazione,  
chiarimento o supporto



**Scarica l'App** per ricevere assistenza, gestire sinistri e utilizzare tutti gli altri servizi direttamente dal tuo telefonino. Tutti i giorni, 24 ore al giorno.  
**Basta solo il tuo codice fiscale e il numero della tua polizza**

Scarica l'App



## Glossario

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

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

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

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

**Carenza:** il periodo di tempo che intercorre fra la data di stipulazione della presente copertura assicurativa e il momento in cui tale copertura diventa operante.

**Centrale Allianz Health:** il servizio prestato da Allianz S.p.A. tramite operatori, medici, professionisti sanitari e tecnici che provvedono a organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle strutture sanitarie convenzionate.

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

**Impresa:** Allianz S.p.A.

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

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

**Limite di indennizzo:** l'importo dovuto dall'Impresa entro la Somma assicurata, che rappresenta il massimo esborso dell'Impresa stessa, nei casi espressamente indicati nella Scheda di Polizza.

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

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

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

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

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

**Somma assicurata:** l'importo indicato nella Scheda di Polizza che per ogni garanzia prestata viene utilizzato per il calcolo dell'Indennizzo.

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

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

## Condizioni di assicurazione

### INDICE

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

## Condizioni di assicurazione

### 1 - INTRODUZIONE

Attenzione alle parti delle Condizioni di assicurazione evidenziate in grassetto.

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

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

- **Essential:** comprensiva della prestazione Check-up specialistico, della garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno, con una Somma assicurata di 10.000,00 euro per anno assicurativo e della garanzia Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up, con una Somma assicurata di 500,00 euro;
- **Plus:** comprensiva delle prestazioni di cui alla Soluzione Essential, con una Somma assicurata di 30.000,00 euro per anno assicurativo per la garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno;
- **Premium:** comprensiva delle prestazioni di cui alla Soluzione Plus, con una Somma assicurata di 50.000,00 euro per anno assicurativo per la garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno;
- **Top:** comprensiva delle prestazioni di cui alla Soluzione Premium, con una Somma assicurata fino a 100.000,00 euro per anno assicurativo per la garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno e con una Somma assicurata di 1.000,00 euro per la garanzia Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up.

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

### 2. CHE COSA E' ASSICURATO

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

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

#### Art. 2.1 - Cosa assicuriamo

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

#### Art. 2.2 - Le garanzie base

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

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

##### Art. 2.2.1 - Check-up specialistico

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

##### **Pacchetto Uomo under 45 anni**

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

##### **Pacchetto Uomo over 45 anni**

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

## Condizioni di assicurazione

- Analisi Urine
- Emocromo completo

### Pacchetto Donna under 45 anni

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

### Pacchetto Donna over 45 anni

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

Il pacchetto di prevenzione oncologica operante per l'Assicurato e richiamato nella Scheda di Polizza, **deve essere effettuato esclusivamente** presso una Struttura sanitaria convenzionata, contattando preventivamente la Centrale Allianz Health per la relativa prenotazione, senza alcun costo per l'Assicurato.

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

**Per poter effettuare alcune delle prestazioni previste dai pacchetti di prevenzione (ad esempio mammografia, RX Polmoni e TAC spirale) potrebbe essere necessario presentare alla Struttura sanitaria convenzionata le relative prescrizioni mediche.**

Si precisa che, come disciplinato all'articolo 2.2.2 "Capitale alla diagnosi di tumore maligno", **la garanzia Capitale alla diagnosi di tumore maligno:**

- **opera** a condizione che il Check-up specialistico di cui al presente articolo sia stato effettuato entro 90 giorni dalla data di decorrenza della Polizza. In caso contrario, la garanzia decorre dalla data di effettuazione del check-up;
- **non opera**, in caso di esito positivo al Check-up specialistico, **con riferimento ai tumori già insorti al momento dell'effettuazione del Check-up specialistico.**

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

Gli esiti delle prestazioni di cui al precedente articolo 2.2.1 "Check-up specialistico", sono messi a disposizione dell'Assicurato e dell'Impresa tramite la Struttura sanitaria convenzionata che ha erogato le prestazioni stesse.

Entro tre mesi dalla consegna degli esiti del Check-up specialistico effettuato, l'Assicurato ha, inoltre, la possibilità di richiedere una valutazione complessiva degli stessi da parte di un medico, contattando la Centrale Allianz Health.

Ferma restando l'opportunità di rivolgersi al proprio medico curante per una valutazione del quadro diagnostico, l'Impresa mette a disposizione dell'Assicurato un medico della Centrale Allianz Health 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 Centrale Allianz Health, sarà attivata la garanzia Accertamenti diagnostici resi necessari dal Check-up, con le modalità indicate nella medesima garanzia.

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

#### Art. 2.2.2 - Capitale alla diagnosi di tumore maligno

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

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

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

- sia insorto e diagnosticato all'Assicurato decorsi 90 giorni dalla data di decorrenza della Polizza e a condizione che siano già state effettuate le prestazioni di cui all'articolo 2.2.1 "Check-up specialistico" (in caso contrario, la garanzia decorre dalla data di effettuazione del Check-up specialistico, come disciplinato all'articolo 8.3 "Periodo di carenza");
- la patologia non risulti già insorta al momento dell'effettuazione del Check-up specialistico previsto dalla Scheda di Polizza per l'Assicurato o degli ulteriori accertamenti resi opportuni dai risultati del Check-up specialistico;
- la diagnosi di tumore maligno sia confermata da referto istopatologico.

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

## Condizioni di assicurazione

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

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

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

Tali spese vengono riconosciute all'Assicurato **con il limite** della Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza, **per Accertamenti diagnostici effettuati entro tre mesi dalla conclusione del Check-up specialistico** presso la Struttura sanitaria convenzionata indicata dalla Centrale Allianz Health, preventivamente contattata, per la relativa prenotazione, con pagamento diretto da parte dell'Impresa alla Struttura sanitaria convenzionata stessa.

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

Limitatamente alla Soluzione Top, se operante per l'Assicurato e richiamata nella Scheda di Polizza, l'impresa rimborsa all'Assicurato, **con il limite indicato nella Scheda di Polizza**, le spese sostenute per gli Accertamenti diagnostici resi necessari a seguito del Check-up anche se effettuati presso strutture sanitarie non convenzionate, **entro tre mesi dalla conclusione del Check-up specialistico**.

Gli esiti di tali ulteriori accertamenti, effettuati in strutture sanitarie non convenzionate, saranno inviati dall'Assicurato all'Impresa, utilizzando i canali indicati dalla Centrale Allianz Health.

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

Art. 2.3 - La garanzia aggiuntiva

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

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

Art. 2.3 - Tumori maligni dermatologici

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

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

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

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

- sia insorto e diagnosticato all'Assicurato decorsi 90 giorni dalla data di decorrenza della Polizza e a condizione che siano già state effettuate le prestazioni di cui all'articolo 2.2.1 "Check-up specialistico", compresa l'Epiluminescenza prevista dalla presente garanzia (in caso contrario, la garanzia decorre dalla data di effettuazione del Check-up specialistico, come disciplinato all'articolo 8.3 "Periodo di carenza");
- la patologia non risulti già insorta al momento dell'effettuazione del suddetto Check-up specialistico o degli ulteriori accertamenti resi opportuni dai risultati del check-up stesso;
- la diagnosi di tumore maligno sia confermata da referto istopatologico.

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

### 3. CHE COSA NON È ASSICURATO

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

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

Art. 3.1 – Persone non assicurabili

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

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

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

### 4. LIMITI DI COPERTURA

## Condizioni di assicurazione

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

La copertura assicurativa è prestata con l'applicazione dei Limiti di indennizzo concordati in sede di stipulazione e conseguentemente indicati nella Scheda di Polizza.

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

### Art. 4.1 - Limiti di copertura validi per tutte le garanzie

La copertura assicurativa non è operante per le malattie:

- a) che siano espressione o conseguenza di condizioni patologiche pregresse insorte anteriormente alla decorrenza della copertura assicurativa e già note in quel momento all'Assicurato in quanto già diagnosticate o curate;
- b) da disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi;
- c) causate da abuso clinicamente accertato di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
- d) correlate alla infezione da HIV e dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- e) derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- f) derivanti da insurrezione o guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche;
- g) direttamente o indirettamente derivanti da reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate;
- h) causate da partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato.

## 5. VALIDITA' TERRITORIALE DELLA COPERTURA

### Art. 5.1 - Validità territoriale

La copertura assicurativa è valida in tutto il mondo.

## 6. OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI SINISTRO

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

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

### Art. 6.1 - Obblighi per il Check-up specialistico

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

- contattando il Numero Verde 800 200 400 (per chiamate dall'estero: +39 02 89040768), attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 19.00 ed il sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00;
- accedendo alla propria Area Personale dal sito [www.allianz.it](http://www.allianz.it) o tramite l'App AllianzNOW.

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

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato abbia già effettuato nei 12 mesi precedenti uno degli esami previsti dal Check-up specialistico, può segnalare tale circostanza ai medici della Centrale Allianz Health, contestualmente alla richiesta di autorizzazione, inviando loro i referti completi dell'esame effettuato, utilizzando i canali indicati dalla Centrale stessa.

I medici della Centrale Allianz Health valuteranno la documentazione medica ricevuta e confermeranno, al momento della conferma della prenotazione del Check-up, la necessità o meno di ripetere l'esame.

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

- un documento comprovante la propria identità;

## Condizioni di assicurazione

- eventuali prescrizioni mediche richieste dalla Struttura sanitaria e necessarie per poter effettuare una o più delle prestazioni previste dal pacchetto di prevenzione operante per l'Assicurato e richiamato nella Scheda di Polizza.

**L'Assicurato dovrà** inoltre sottoscrivere il Modulo di Autorizzazione alla Presa in Carico, che gli sarà fornito dalla Struttura sanitaria, con cui l'Assicurato stesso:

- autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi della vigente normativa in tema di Privacy;
- autorizza l'acquisizione, da parte dell'Impresa, degli esiti delle prestazioni effettuate.

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

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

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

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

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

- accedendo alla propria Area Personale dal sito [www.allianz.it](http://www.allianz.it) e inviando la denuncia di Sinistro unitamente alla documentazione medica necessaria ad una corretta valutazione della posizione;
- tramite il proprio Intermediario Assicurativo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Condizioni di assicurazione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Art. 6.4 - Termini per l'indennizzo

L'Impresa, verificata l'operatività della garanzia, dopo aver ricevuto la necessaria documentazione ed aver effettuato gli accertamenti del caso, entro 20 giorni determina l'Indennizzo che risulti dovuto all'Assicurato e provvede al pagamento dello stesso.

Entro lo stesso termine l'Impresa comunica anche eventuali circostanze ostative alla corresponsione dell'Indennizzo.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo Sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato viene liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, a termini delle presenti Condizioni di assicurazione.

**Per le spese sostenute all'estero, l'Indennizzo viene corrisposto in Italia, in euro**, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale Europea.

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

### Art. 6.5 - Procedura per la valutazione del danno

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Condizioni di assicurazione

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

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

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

### 7. PREMIO

Art. 7.1 - Pagamento del Premio

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

Il Premio può essere pagato tramite:

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

Il Premio è comprensivo delle imposte.

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

Art. 7.2 - Adeguamento automatico annuale

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

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

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

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

Art. 7.3 - Riduzione di premio per durata poliennale

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

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

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

La copertura assicurativa ha durata triennale e il Premio, a parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 8.2 "Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del premio", è stato pagato in un'unica soluzione e si riferisce all'intera durata della copertura assicurativa indicata nella Scheda di Polizza.

### 8. DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA, DISDETTA E RECESSO

Art. 8.1 - Durata e proroga della copertura assicurativa

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

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

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

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

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

## Condizioni di assicurazione

**quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento**, fermi le successive scadenze e il diritto dell'Impresa al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 codice civile.

### Art. 8.3 - Periodo di carenza

Fermo quanto previsto all'articolo 8.2 "Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del premio", **la copertura assicurativa ha effetto** dalle ore 24:

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

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

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

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

### Art. 8.4 - Diritto di ripensamento

Il Contraente ha diritto di recedere entro 15 giorni dalla sottoscrizione della copertura assicurativa, dandone comunicazione scritta all'Impresa, **a condizione che in tale periodo non sia stato effettuato il Check-up specialistico** previsto e disciplinato dalle, in conformità alle Condizioni di Assicurazione; 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, l'Impresa provvederà al rimborso del premio pagato e non goduto – al netto di imposte e contributi – **trattenendo la frazione di premio relativa al periodo in cui la copertura assicurativa ha avuto effetto**.

## 9. ULTERIORI DISPOSIZIONI

### Art. 9.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

### Art. 9.2 - Rinuncia al diritto di surrogazione

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

### Art. 9.3 - Altre coperture assicurative presso altri assicuratori

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

### Art. 9.4 - Aggravamento del rischio

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

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

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

### Art. 9.5 - Diminuzione del rischio

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

### Art. 9.6 - Oneri fiscali

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

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

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle

## Condizioni di assicurazione

Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

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

### Art. 9.8 - Clausola broker

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

### Art. 9.9 - Rinvio alle norme di legge

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

